Utviklingsplan for Sykehuset Innlandet

→ For fremtidens pasienter



VERSJON 1.2

Sykehuset Innlandet HF | HELSE SØR-ØST

Innhold

1. Innledning 6
1.1 Bakgrunn 6
1.2 Tidligfaseplanlegging 6
1.3 Prosess og gjennomføring 8
1.4 Verdigrunnlag og mål 9

2. Premisser og utfordringer 12
2.1 Fremtidig utfordringsbilde 12
2.2 Rammebetingelser 16

3. Situasjonen i dag 18
3.1 Somatisk virksomhet 19
3.2 Psykisk helsevern 21
3.3 Habilitering- og rehabilitering 24
3.4 Prehospitale tjenester 25
3.5 Medisinsk service 26
3.6 Eiendom og internservice 26

4. Virksomhetsmessig utviklingsplan 28
4.1 Somatisk virksomhet 29
4.2 Psykisk helsevern 42
4.3 Habilitering- og rehabilitering 43
4.4 Prehospitale tjenester 44
4.5 Støttetjenester 44
4.6 Oppsummering av virksomhetsmessig utviklingsplan 44

5. Bygningsmessig utviklingsplan 46
5.1 Byggbeskrivelse, nåtilstand eksisterende bygningsmasse og tilpasningsevne 46
5.2 Kapasitet og arealbehov 51
5.3 Plan for utvikling av bygningsmassen 55
5.4 Økonomiske vurderinger 58

6. Veien videre 64
6.1 Overordnet tidsplan 64
6.2 Idéfasen i henhold til veileder 64
6.3 Videre arbeid 65

Vedlegg 1: Strategisk fokus 2011-2014: Premisser, mål og utfordringer (2010)
Vedlegg 2: Strategisk fokus 2025 (2012)
Vedlegg 3: Delplaner (2013)
Vedlegg 4: Kartlegging av eiendomsporteføljen i forbindelse med strategisk og taktisk planlegging
Multiconsult rapport 22.03.2013

Figurer

Figur 1: Faser og beslutningspunkter
Kilde: Veileder IS-1369, Tidligfaseplanlegging for sykehusprosjekter 7

Figur 2: Tidslinje for de tre planprosessene 8

Figur 3: Prosjektorganisering 9

Figur 4: Opptaksområde
Kilde: Sykehuset Innlandets årsrapport 2012 18

Figur 5: Somatiske tjenester ved hvert somatisk sykehus i Sykehuset Innlandet
Kilde: Somatiske tjenester ved hvert somatisk sykehuset i SI Fakta brosjyre 2013. . . . 19

Figur 6: Samlet somatisk virksomhet 20

Figur 7: Tjenester ved NGLMS og LMS Valdres
Kilde: Tjenester ved NGLMS og LMS Valdres, Fakta brosjyre 2013 20

Figur 8: Samlet psykisk helsevern. 23

Figur 9: Samlet Habilitering- og rehabilitering. 24

Figur 10: Habiliteringstjenesten i Hedmark 24

Figur 11: Habiliteringstjenesten i Oppland. 24

Figur 12: Prehospitale tjenester 25

Figur 13: Medisinsk service. 26

Figur 14: Eiendom og internservice 26

Figur 15: Befolkningsutvikling for Hedmark og Oppland (SSB)
Kilde: Strategisk fokus 2025 - Beregning av arealbehov i ulike scenarier,
Hospitalitet 2012. 44

Figur 16: Nåværende bruttoareal per sykehus
Kilde: Kartlegging av bygningsmassen (Multiconsult rapport 22.03.2013). 46

Figur 17: Samlet prosentvis arealfordeling per vektet og avrundet tilstandsgrad for Sykehuset Innlandet HF
Kilde: Kartlegging av bygningsmassen (Multiconsult rapport 22.03.2013). 47

Figur 18: Bygningsmassens potensial for bruk til ulike funksjoner
Kilde: Kartlegging av bygningsmassen (Multiconsult rapport 22.03.2013). 48

Figur 19: Samlet vektet grad av fleksibilitet, generalitet og elastisitet
Kilde: Kartlegging av bygningsmassen (Multiconsult rapport 22.03.2013). 49

Figur 20: Arealstandarder for sykehusfunksjoner
Kilde: Strategisk fokus 2025 - Beregning av arealbehov 51

Figur 21: Utnyttelsesgrader senger
Kilde: Strategisk fokus 2025 - Beregning av arealbehov 51

Figur 22: Utnyttelsgrader dag, poliklinikk, undersøkelse og dagbehandling
Kilde: Strategisk fokus 2025 - Beregning av arealbehov 52

Figur 23: Arealberegning akuttsykehus scenario 3A
Kilde: Strategisk fokus 2025 - Beregning av arealbehov 53

Figur 24: Arealberegning akuttsykehus scenario 3B
Kilde: Strategisk fokus 2025 - Beregning av arealbehov 54

Figur 25: Samlet teknisk oppgraderingsbehov for Sykehuset Innlandet HF sin kartlagte bygningsmasse
Kilde: Multiconsult rapport 22.03.2013. 56

Figur 26: Estimert teknisk oppgraderingsbehov per lokalisasjon for Sykehuset Innlandet sin bygningsmasse *(mill kr)
Kilde: Kartlegging av bygningsmassen (Multiconsult rapport 22.03.2013). 56

Figur 27: Bruttoarealer og tomtearealer
Kilde Strategisk fokus 2025 - Beregning av investeringsbehov i ulike scenarioer, Hospitalitet 2012.. 58

Figur 28: Investeringsbehov
2011-kr. Tall hentet fra Strategisk fokus 2025 - Beregning av investeringsbehov i ulike scenarioer, Hospitalitet 2012.. 59

Figur 29: Metodisk tilnærming - Beregning av driftsbesparelser i SI
Kilde Strategisk fokus 2025 – Totaløkonomisk effekt og nåverdi per scenario, Hospitalitet 2012.2. 60

Figur 30: Årlige innsparinger
Tall hentet fra Strategisk fokus 2025 – Totaløkonomisk effekt og nåverdi per scenario, Hospitalitet 2012... 60

Figur 31: Totalbeløp over prosjektets arbeid
Prinspippskisse økonomisk bæreevne, Helse Sør-Øst 2014 61

Figur 32: Økonomisk estimater per scenario
Tall hentet fra Strategisk fokus 2025 - Beregning av investeringsbehov i ulike scenarioer, Hospitalitet 2012. 63

Figur 33: Overordnet tidsplan 64

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Sykehuset Innlandet skal tilby innbyggerne i Innlandet spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. I lys av de utfordringene spesialisthelsetjenesten vil møte i årene som kommer, har Sykehuset Innlandet utformet en utviklingsplan. Denne bygger på strategiske føringer og faglige retningslinjer, blant annet uttrykt i Helse Sør-Øst sin styresak 108/2008:

Organisering av akuttfunksjoner og prehospitale tjenester

Akuttfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner skal som hovedregel samles under en ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde.

Akuttmottak og akuttmedisinske behandlingskjeder skal bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial sortering/ prioritering (triage), diagnostikk, behandling og pasientflyt.

Det skal sikres effektive og trygge prehospitale tjenester med høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet, som understøtter den funksjonsdeling som etableres innenfor det enkelte sykehusområde og i regionen som helhet. Helse Sør-Øst vil gjennomføre en regional utredning av organiseringen av prehospitale tjenester.

Organisering av spesialiserte områdefunksjoner og regionale funksjoner

Spesialiserte områdefunksjoner skal som hovedregel samles ett sted innenfor et sykehusområde. Regionale funksjoner skal som hovedregel samles ett sted i regionen.

Ved lokalisering av spesialiserte område- og regionale funksjoner må det tas hensyn til pasientenes behov gjennom en samlet faglig kvalitetsvurdering, faglige avhengigheter og ressursvurderinger.

I sykehusområder der lokale forhold ikke ligger til rette for samling av spesialiserte funksjoner ett sted, må faglig kvalitet og effektiv ressursbruk ivaretas gjennom andre tiltak.

Med «områdefunksjoner» menes spesialiserte funksjoner som bare skal være på ett sted i hvert sykehusområde, for eksempel karkirurgi, urologi, nevrologi og hematologi.

Prosessen med å utarbeide en helhetlig utviklingsplan for Sykehuset Innlandet startet opp i 2010. Arbeidet er gjennomført i flere faser og innenfor de vedtak og føringer som er gitt av styret for Sykehuset Innlandet HF i perioden 2010 til 2013. Den virksomhetsmessige delen av utviklingsplanen bygger på tre dokumenter, som alle har vært behandlet etter offentlige høringer:

- Premisser, mål og utfordringer (2010)
- Strategisk fokus 2025 (2012)
- Delplaner (2013)

Helhetlig utviklingsplan sammenstiller disse tre dokumentene til ett plandokument.

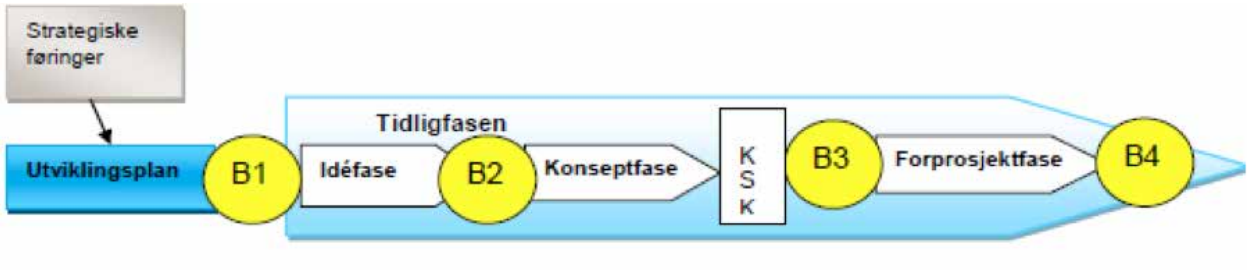
Sykehuset Innlandets utviklingsplan gir ikke et komplett bilde av fremtidens sykehustilbud, og beskrivelsene av de ulike fagområdenes utvikling har ulik detaljeringsgrad. I tråd med veilederen vil dette bli konkretisert i det videre planarbeidet.

1.2 Tidligfaseplanlegging

Utviklingsplanen er utarbeidet med bakgrunn i Helsedirektoratets veileder IS-1369, *Tidligfaseplanlegging for sykehusprosjekter.* Veilederen ble første gang utgitt i 2006, og gir beskrivelse og anbefalinger om hvordan planprosessen for større investeringsprosjekter i helseforetakene bør gjennomføres. I 2011 ble veilederen revidert. I den nye veilederen stilles det krav om at det skal foreligge en utviklingsplan før oppstart av planprosessen. Det henvises til foretaksprotokollen i Helse Sør-Øst , datert 31.12.2012, som formelt forankrer bruken av tidligfaseveilederen.

En utviklingsplan[1] er et fremtidsbilde av helseforetakets virksomhetsmessige og bygningsmessige utvikling for å nå målsettingene, og de tiltak dette krever. Planprosessen starter med avklaring av rammebetingelsene og en vurdering av alternative løsninger på et problem eller behov. Resultatet

[1] Tekst hentet fra Helsedirektoratets Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (IS-1369) kapittel 3:



Figur 1: Faser og beslutningspunkter, Kilde: Veileder IS-1369, Tidligfaseplanlegging for sykehusprosjekter

kan være konkrete planer for endringer i virksomheten og/eller investeringer i bygg og infrastruktur.

Utviklingsplanen består av to delplaner:

1. En virksomhetsmessig utviklingsplan

2. En bygningsmessig utviklingsplan

Virksomhetsmessig utviklingsplan

Formålet med den virksomhetsmessige utviklingsplanen er å:

- Forankre planer for utvikling av helseforetakets virksomhet i overordnede strategier og rammer
- Gi grunnlag for prioritering av tiltak for å utvikle virksomheten

Den virksomhetsmessige utviklingsplanen bygger på overordnede strategiske planer og dokumenter som:

- Nasjonale strategier og planer for utvikling av helsetjenestene
- Regionale strategier og planer for utvikling, organisering og oppgavefordeling
- Fagplaner for pasientgrupper og fagområder
- Beregninger av fremtidig kapasitetsbehov på HF- eller RHF-nivå

Den virksomhetsmessige utviklingsplanen skal omfatte hele helseforetaket og bør inneholde beskrivelse av status for dagens aktivitet og virksomhet, dimensjonerende forutsetninger, drivere for endring og konsekvenser for fremtidig virksomhet. Den beskriver avhengigheter mellom fagområder, funksjoner, sykehusenheter og mot primærhelsetjenesten.

Den virksomhetsmessige utviklingsplanen skal vise mulige endringer innenfor:

- Oppgavefordeling og sykehusstruktur
- Fremtidig aktivitet
- Kapasitetsbehov
- Organisering, driftsøkonomi

Bygningsmessig utviklingsplan

Den bygningsmessige utviklingsplanen er en plan for utvikling av de bygningsmessige ressursene i helseforetaket. Dagens bygg representerer både muligheter og begrensninger for fremtidig utvikling av virksomheten.

Formålet med en bygningsmessig utviklingsplan er å:

- Dokumentere status for dagens bygg med hensyn til teknisk tilstand, egnethet og muligheter/begrensninger i dagens og fremtidig bruk (eiendomsforhold, reguleringsbestemmelser, vernestatus, miljøforhold), samt kostnader for FDVU (Forvaltning, Drift, Vedlikehold og Utvikling)
- Vise hvordan byggene kan utvikles for å kunne bidra til en effektiv drift av primærvirksomheten, samt ivareta krav til miljø og andre samfunnskrav
- Vise krav til dimensjonering av funksjoner og bygg, mulige løsninger og hvilke tiltak som kreves og investeringsbehovet

Innhold i tidligfasen

Grunnlaget for å gå over i en tidligfaseplanlegging, er at det foreligger en utviklingsplan som viser status og planer for prioriterte tiltak og behov. Figuren over illustrerer sammenhengen mellom utviklingsplan og tidligfasen – og faser og beslutningspunkter for tidligfasen. Sykehuset Innlandet er nå i en innledende fase med utviklingsplan som skal danne grunnlag for vedtak om oppstart av idéfase (beslutningspunkt 1).

Tidligfasen er lagt opp som en sekvensiell gjennomføring av utredningene. Disse skal verifisere og eventuelt korrigere resultatene i en fase før neste fase igangsettes. Prinsippet er at 'neste fase' skal verifisere fakta- og beslutningsgrunnlag fra foregående fase, samtidig som tiltakene konkretiseres og detaljeres ytterligere.

Idéfasen skal presisere behovet og identifisere mulige prinsipielle løsningsalternativer. Det omfatter både virksomhetsmessige løsninger og fysiske byggløsninger (investeringsprosjekt). Første aktivitet i idéfasen er å presisere og avgrense det valgte prosjektet i forhold til andre tiltak.

I konseptfasen skal forslagene til alternative løsninger fra idéfasen utredes i detalj. Utredningene skal være tilstrekkelig detaljerte og omfattende til å kunne gi grunnlag for å velge ett

alternativ og dokumentere konsekvenser av det valget som gjøres. I denne fasen skal det utarbeides krav (program, utstyr, teknikk), utvikling av løsninger, beregning av prosjektkostnader og driftsøkonomiske konsekvenser.

Forprosjektfasen er den siste fasen i planprosessen, og gir grunnlaget å beslutte gjennomføring av det valgte alternativet. Forprosjektrapporten skal gi en oppdatert prosjektkostnad og ellers vise konsekvenser av nødvendige revisjoner av plangrunnlaget. Et forprosjekt er en spesifikasjon av en fysisk byggløsning for et investeringsprosjekt.

Det er knyttet beslutningspunkter til overgangene mellom fasene, og utredninger og analyser i hver fase gir beslutningsgrunnlaget. Beslutningskompetansen på de enkelte beslutningspunktene er gitt av RHF-enes styringssystemer. Ved investeringsprosjekter over 500 MNOK skal konseptrapport legges fram for departementet som en del av styringsdialogen. Departementet som eier av RHF-ene gir sine styringsbudskap gjennom foretaksmøter og oppdragsdokument. Store sykehusprosjekter skal vedtas av Stortinget.

Idéfasen

Et viktig formål med idéfasen er å avklare hvilke alternative prosjekt som er "liv laga". Det innebærer at det er:

- **Relevant.** Oppfyller overordnede mål for foretaket
- **Gjennomførbart.** Kan gjennomføres innenfor foretakets finansielle handlingsrom
- **Levedyktig.** Foretakets økonomiske bæreevne kan opprettholdes gjennom prosjektets levetid

Idéfasen omfatter følgende aktiviteter:

- Gjennomgå utviklingsplanen og eventuelt underlaget for denne
- Nødvendige oppdateringer og suppleringer av nåsituasjonen, datagrunnlaget og det aktuelle prosjektet
- Avgrense prosjektet fra andre prosjekt i utviklingsplanen. Dette kan omfatte kapasitet, arealer, investeringer og tid
- Gjennomføre et idésøk som viser bredden i mulige, alternative løsninger. Presisere hvilke alternative løsninger som skal utredes i konseptfasen. Alternativene skal være reelle og kunne skilles klart fra hverandre
- Utarbeide mandat for konseptfasen
- Utarbeide følsomhetsanalyser på et overordnet nivå

Idéfasen er videre belyst i kapittel 6.

Samfunnsanalyse

Det er utført en samfunnsanalyse i samarbeid med Oppland fylkeskommune, Hedmark fylkeskommune og KS Hedmark og Oppland. Den foreligger per mars 2014 og planlegges oppdatert i konseptfasen.

1.3 Prosess og gjennomføring

Utviklingsplanen for Sykehuset Innlandet er utarbeidet gjennom grundige prosesser, hver med vurderinger, evaluering, analyse og høringsrunder.

Alle planprosessene har vært organisert som forskjellige typer prosjekter over en tidsperiode fra 2010 – 2013. De tre delprosessene har vært organisert ulikt basert på kompleksitet og omfang, men alle tre har vært gjennom høringer og fulgt føringer fra styret. De bygningsmessige forholdene er utredet av eksterne konsulenter.

De utfordringene som Sykehuset Innlandet vil møte ble beskrevet i første runde av strategiprosessen i dokumentet «Strategisk fokus 2011-2014: Premisser, mål og utfordringer». På bakgrunn av dette dokumentet og innkomne høringsuttalelser, vedtok styret for Sykehuset Innlandet 1. april 2011 å utrede tre scenarioer for en fremtidig somatisk sykehusstruktur i Innlandet. Styresak 025-2011 Utredning av scenarier i forbindelse med Strategisk fokus 2011-2014)[2].

Etter at scenarioutredningene i Sykehuset Innlandets utviklingsplan var igangsatt, utga Helsedirektoratet i desember 2011 den reviderte veilederen IS-1369, *Tidligfaseplanlegging for sykehusprosjekter*. I tråd med veilederen, som sier at det bør utredes 3-4 alternativer inklusiv nullalternativet, vil Sykehuset Innlandet utrede fire modeller i idéfasen.

Figur 2 illustrerer tidslinjen for de tre planprosessene:



Figur 2: Tidslinje for de tre planprosessene

[2] Styresak 016-2014: Videreføring av tidligfaseplanlegging i Sykehuset Innlandet – vurdering av mandat for idéfasen

Prosjektorganiseringen har bidratt til å gi en tydelig og åpen struktur for det gjennomgående arbeidet, i tillegg til å sikre fremdrift og oppfølging i et arbeid som har pågått over lang tid. Det har også bidratt til å sikre god kompetanse og rådgivning underveis i prosessen. Det har vært representanter fra fag, ansatte, brukere og ledelse i alle delprosessene.

Figur 3 beskriver prosjektorganiseringen:

År	Delprosesser	Prosjektgruppe	Styringsgruppe	Høringer	Styret
2010	Premisser, mål og utfordringer	Ja	Adm. Direktørs ledergruppe, de største fagforeningene og foretakshovedverneombud (TV 6) og leder av brukerrådet, ink representant fra kommunene	Vedtatt i styresak 004-2011 Se også 021-2010 og 025-2011	Styret tildelt oppdraget fra HSØ og det formelle ansvaret for utarbeidelse av planen
2011 - 2012	Strategisk Fokus 2025	Ja	Ja	Vedtatt i styresak 054- 2012 Se også 066-2013 og 021-2012	Styret hadde formelt ansvar for utarbeidelse av planen og sluttprodukt
2013	Delplan Desentraliserte spesialisthelsetjenester	Nedsatt arbeidsgruppe fra berørte divisjoner, representanter for de lokalmedisinske sentrene, og fagstab	Prosjektgruppen rapporterte til styringsgruppen i "Program SI Omstilling".	Ikke endelig vedtatt – se styresak 066-2012 Se også 036-2013	Styret som ledende beslutningsorgan i styresaker
2013	Delplan Psykisk helsevern	Prosjektgruppe med representanter fra divisjonene og fagområdet	Prosjektgruppen rapporterte til styringsgruppen i "Program SI Omstilling".	Vedtatt i styresak 066-2013 Se også 036-2013	Styret som ledende beslutningsorgan i styresaker
2013	Delplan Hab/rehab	Prosjektgruppe bestående av utvalgte avdelingssjefer, tillitsvalgte, verneombud, leder i brukerutvalg og divisjonsdirektør	Prosjektgruppen rapporterte til styringsgruppen i "Program SI Omstilling".	Vedtatt i styresak 066-2013 Se også 036-2013	Styret som ledende beslutningsorgan i styresaker
2013	Delplan Prehospitale tjenester	Nedsatt seks arbeidsgrupper med representanter fra de ulike avdelingene	Prosjektgruppen rapporterte til styringsgruppen i "Program SI Omstilling".)	Vedtatt i styresak 066-2013 Se også 036-2013	Styret som ledende beslutningsorgan i styresaker
2008 - 2013	Bygningsmessig tilstandsanalyse	Hospitalitet AS & Multiconsult AS	Hospitalitet AS & Multiconsult AS		Hospitalitet AS & Multiconsult AS

Figur 3: Prosjektorganisering

1.4 Verdigrunnlag og mål

Visjon

Sykehuset Innlandet skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi.

Verdiplattform

Sykehuset Innlandet har videreført de nasjonale verdiformuleringene som ble vedtatt i forbindelse med etableringen av helsereformen i 2002. De tre verdiene respekt, trygghet og kvalitet danner et triangel, hvor ingen verdi kan stå for seg selv uten de øvrige to.

Respekt

Befolkningen skal oppleve at tjenestene er til for dem. Møtet med helsetjenesten skal være preget av forutsigbarhet, velvilje og forståelse. Respekt for at pasienten/brukeren kjenner seg selv og sitt liv best, skal være grunnleggende. Gjennom god kommunikasjon skal vi bidra til at pasientene opplever å bli hørt og får innflytelse på egen behandling.

Trygghet

Befolkningen skal ha trygghet for at de får den helsehjelpen de trenger, når de trenger den. Sykehuset Innlandet har ansvar for å organisere en tjeneste som evner å tilpasse seg behovet hos den enkelte pasient og gi likeverdige og tilfredsstillende helsetjenester uavhengig av bosted. Våre pasienter skal være trygge på at avgjørelsene som blir tatt er riktige, uansett ytre rammer. Pasientene skal være trygge på behandleren, behandlingen og behandlingsstedet, og oppleve en helsetjeneste som er opptatt av kvalitet og som evner å lære av feil.

Kvalitet

Befolkningen forventer at våre tjenester er av god kvalitet. Disse forventningene samsvarer med det helsepersonell, eiere og myndighetsorgan peker på som sentrale mål for helsetjenesten, og som er nedfelt i Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsstrategi - Tjenestene skal:

- Være virkningsfulle og føre til helsegevinst
- Være trygge og sikre, hvor en unngår utilsiktede hendelser
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Strategiske mål

Sykehuset Innlandet satte seg tre strategiske hovedmål ved inngangen til utviklingsarbeidet:

1. Pasientbehandling (styrket innsats for de store pasientgruppene)

Sykehuset Innlandet skal styrke tilbudet til de store og voksende pasientgruppene, innenfor kreftomsorg, eldre, pasienter med livsstilssykdommer og pasienter med psykiske lidelser.

Videre skal ressurser fortsatt omdisponeres fra døgn til dag og poliklinikk. Der det er hensiktsmessig for pasienten skal ressurser også omdisponeres fra sentraliserte til desentraliserte tilbud.

2. Kunnskapsutvikling og god praksis

Kunnskapsbasert praksis

Sykehuset Innlandet skal videreutvikle et behandlingstilbud av høy kvalitet. Behandlingstilbudet skal være basert på forskning, systematisk innhentede erfaringer og utvikles i nært samarbeid med våre brukere. Sykehuset Innlandet vil prioritere utvikling av kunnskapsbasert praksis i alle fagområder.

Kvalitet og pasientforløp

Våre pasienter skal oppleve at de tilbys helsetjenestene i forutsigbare forløp. Det skal være dokumentert kvalitet på det medisinskfaglige tilbudet, og helsetjenesten skal henge sammen på en måte som sikrer høy grad av sikkerhet, god pasientopplevelse, god pasientmedvirkning og effektiv ressursutnyttelse. Pasientforløpene skal bygges opp slik at behandlingen skjer på mest effektive omsorgsnivå.

Tilgang på kompetanse

Sykehuset Innlandet skal sikre at fremtidens helsepersonell opplever sykehuset som en attraktiv arbeidsplass med utfordrende oppgaver, et arbeidsmiljø med rom for utvikling, fleksible arbeidstidsordninger og et stabilt og dyktig fagmiljø. Sykehuset Innlandet skal sørge for utdanning, etter- og videreutdanning innenfor flere områder enn i dag.

3. Bærekraftig utvikling / økonomisk bærekraft

Sykehuset Innlandet skal ha en sunn økonomi og gi gode kvalitative spesialisthelsetjenester innenfor de rammene foretaket blir tildelt. Dette innebærer at vi må sørge for rasjonell drift og prioritere oppgavene i tråd med nasjonale føringer. I tillegg må vi skape nødvendig handlingsrom for å gjennomføre ønskede prioriteringer innenfor både pasientbehandling og investeringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU), IKT og bygg.

Effektmål

Med utgangspunkt i de strategiske målene har Sykehuset Innlandet utledet fire effektmål i utredningen av strategisk retning:

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

Effektmålene samsvarer med målene i den nasjonale kvalitetsstrategien[3]. Effektmålene er nærmere konkretisert i kapittel 4.

[3] Sosial og Helsedirektoratet (IS-1162 Veileder «…og bedre skal det bli!», Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten»)



2. Premisser og utfordringer

2.1 Fremtidig utfordringsbilde

Økt kunnskap og stadig mer avansert teknologi gir mer nøyaktig diagnostikk, og muligheter for mer effektiv, virkningsfull og skånsom behandling. Dette gjør at flere mennesker kan bli behandlet for flere sykdommer på en bedre måte enn tidligere. Norge har hatt en stor økning i bruk av ressurser på helse og er fremdeles i en utvikling der muligheter, forventninger og etterspørsel øker mer enn tilgangen på ressurser. Denne tendensen vil forsterkes i årene som kommer, og helsetjenesten står derfor overfor store prioriteringsutfordringer.

Målet er å gi befolkningen tjenester som oppleves gode, trygge og respektfulle innenfor økonomiske rammer som fortsatt vil oppleves som stramme. I tillegg til disse utfordringene vil den teknologiske utviklingen stille store krav til økt kompetanse og spesialisering, men vil også innenfor enkelte områder gi større muligheter for desentralisering av tjenester.

Spesialisthelsetjenesten vil dermed møte flere sentrale utfordringer. Disse utfordringene er nasjonale, i betydningen av at helsetjenesten i alle deler av landet vil måtte forholde seg til dem.

Befolkningens sammensetning og behov endres

Den vestlige verden står foran en varig demografisk endring der andelen eldre øker. Når balansen mellom antallet yrkesaktive og antallet eldre endres, trues grunnlaget for å gi gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen.

I dag er det 22 personer over 67 år per 100 personer i yrkesaktiv alder (20-66 år). Om femti år kan antall personer over 67 år, sammenlignet med personer i yrkesaktiv alder, bli nesten doblet4. Dette krever store endringer i måten vi leverer helsetjenester på, jamfør forslagene i Samhandlingsreformen om en omfordeling av oppgaver og ressurser mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

I årene framover vil befolkningen i aldersgruppen 67-79 år øke vesentlig. Statistisk sentralbyrå estimerer at antall innbyggere over 80 år vil tredobles innen 20655[4].

Denne endringen i alderssammensetning vil føre til økt forekomst av aldersrelaterte sykdommer som kreft, diabetes og demens. I tillegg må vi forvente en økning i livsstilsrelaterte sykdommer som rusmisbruk, kols og fedme. Det må også forventes økt forekomst av psykiske lidelser. Bedre behandlingsmetoder gjør at flere vil leve lenger med sykdom.

Økende grad av spesialisering

Den faglige utviklingen i spesialisthelsetjenesten medfører økende grad av spesialisering. Dette er en utvikling som gjelder alle fagområder, både innenfor somatikk og psykisk helsevern. Mest tydelig har dette til nå vært innenfor de kirurgiske fag, der for eksempel ortopedi for en del år siden ble skilt fra generell kirurgi som egen hovedspesialitet og nå har egen vaktlinje ved alle sykehus.

Også innenfor hovedspesialiteten generell kirurgi har skillene mellom subspesialitetene blitt tydeligere og det er nå egne vaktlinjer for karkirurgi, urologi og gastrokirurgi i Sykehuset Innlandet.

Innenfor indremedisinske fag har ikke utviklingen vært så tydelig til nå, men det er også innenfor dette fagområdet en sterkere grad av spesialisering. Det er etablert egne vaktlinjer for nefrologi og det er etablert en vaktlinje for kardiologi. Flere blir diskutert.

Ytterligere spesialisering diskuteres innenfor flere fagområder i spesialisthelsetjenesten, inkludert psykisk helsevern. Dette bidrar sannsynligvis til høyere kompetanse og bedre behandlingsresultater innenfor de enkelte fagområder. Det blir imidlertid også mer utfordrende å møte pasienter med uavklarte eller sammensatte problemstillinger med en tilstrekkelig faglig bredde, særlig ved akutt alvorlig sykdom og alvorlige skader. Det er derfor en økende erkjennelse at kvalitet i behandlingen også er avhengig av teamarbeid, godt organiserte pasientforløp og samarbeid på tvers av fagområder. Dette gjør seg like gjeldende innenfor psykisk helsevern som innen somatikk. En utfordring er å skape fagmiljøer som er av en slik størrelse at de er robuste nok til å ha tilstedeværende kompetanse hele døgnet hele uka, og til å utdanne, rekruttere og beholde kompetente fagfolk over tid.

[4] Stortingsmelding 12, 2012-2013: Perspektivmeldingen 2013

[5] Statistisk sentralbyrå/statistikkbanken (tabell 09481)

Økte krav til dokumenterbar kvalitet og standardisering

Helsevesenet vil i økende grad møte pasienter som vet mer, kan mer og forventer mer, og som har lav toleranse for at det gjøres feil i behandlingsprosessene. Pasientene vil kreve at kvalitet synliggjøres på en måte som er forståelig også for folk uten medisinsk kompetanse, og vil i større grad velge sykehus som kan dokumentere behandlingsmetoder og resultater.

For å fremme god kvalitet i pasientbehandlingen må vi forvente at eier og myndigheter i økende grad vil stille krav til hvordan tjenestene er organisert, og at en vil overvåke resultater. Vi må være forberedt på en utvikling der sykehus som ikke kan dokumentere kvalitet vil risikere å bli valgt bort av pasientene, eller i ytterste fall ikke bli godkjent som behandlingsinstitusjon.

Ansatte i helsesektoren blir en knapphetsfaktor

Sykehusstrukturen i Innlandet er personell- og kompetansekrevende. Det er mange sengeposter som skal ha en forsvarlig grunnbemanning av pleiepersonell, og det er mange parallelle vaktlinjer for leger/spesialister.

Endring i demografi gjør at vi relativt sett blir færre til å hjelpe flere. I dag går hver sjette elev fra ungdomsskolen inn i helse- og velferdssektoren. For å opprettholde tjenestetilbudet med nåværende organisering må hver fjerde elev velge helse- eller sosialfag i 2025. I 2035 øker denne brøken til hver tredje elev[6]. Mangel på nødvendig spisskompetanse vil dermed være en av de største endringsdriverne i helsevesenet i årene framover. Statistisk sentralbyrå[7] anslår at det i 2035 er et underskudd på 28 000 sykepleierårsverk.

Sykehuset Innlandet har allerede i dag ved enkelte enheter mangel på kompetanse knyttet til spesifikke fagfelt, eks. operasjonssykepleiere, intensivsykepleiere, bioingeniører, patologer, lungemedisinere, onkologer, gynekologer, nevrologer, radiologer og flere spesialister innen psykiatri. Dette gjør driften sårbar. Særlig innenfor legegruppen baserer vaktordninger seg fortsatt på unntak fra arbeidsmiljøloven.

Det er innenfor denne yrkesgruppen krav om arbeidstidsordninger som er mer i tråd med arbeidslivet for øvrig. Dette betyr at vaktlinjer må dekkes av flere personer enn i dag, noe som vil kreve flere spesialister.

På grunn av tiltakene i samhandlingsreformen vil også kommunen ha behov for betydelig styrking av kapasitet og kompetanse. En vellykket gjennomføring av samhandlingsreformen vil kreve at en stor andel av nyutdannede helsearbeidere rekrutteres til kommunen i stedet for spesialisthelsetjenesten. Dette vil gjøre spesialisthelsetjenesten ytterligere sårbar i forhold til rekruttering.

Økonomisk vekst vil bli redusert for spesialisthelsetjenesten

Gjennomføring av samhandlingsreformen vil føre til økt utbygging av helsetilbudet i kommunene. Spesialisthelsetjenesten er fortsatt bebudet å ha en viss økning i ressurser på grunn av økte behov.

Likevel vil spesialisthelsetjenesten oppleve at rammene blir strammere. Det er en erklært politisk målsetting at den økonomiske veksten i helsetjenesten først og fremst skal komme i kommunene - jfr. samhandlingsreformen.

Den økonomiske situasjonen i foretaksgruppen Helse Sør-Øst er krevende. Siden sykehusreformen ble etablert i 2002 er det gjennomført betydelige omstillinger og effektiviseringer av driften. Effektiviseringen har i stor grad blitt gjennomført ved generelle kutt, reduksjon av sengetall og tilhørende årsverk, og en dreining av behandlingen fra døgn- til dagbehandling og poliklinikk.

Sykehuset Innlandet vil stå overfor krevende avveininger mellom bevilgninger til en stram daglig drift og til nødvendige investeringer til medisinsk teknisk utstyr og bygningsmessig utvikling og vedlikehold.

Sykehuset Innlandet har beregnet et investeringsmessig etterslep til medisinsk teknisk utstyr (MTU) på ca. 260 millioner kroner. Gjennomsnittlig alder på medisinsk teknisk utstyr er beregnet til drøyt 10 år. En så høy alder på MTU gjør at mye av utstyret ikke er tidsmessig i forhold til den medisinskfaglige utviklingen. Høy alder og risiko for havari kan true driftssikkerheten. Dersom Sykehuset Innlandet skal ha mulighet til å være i front og følge med i den medisinske utviklingen slik pasientene forventer, vil det være behov for en betydelig fornying og oppgradering av medisinsk teknisk utstyr.

Sykehuset Innlandet har en krevende sykehusstruktur med mange enheter som skal forsynes med kostbart utstyr og med en betydelig bygningsmasse som skal vedlikeholdes og tilpasses nye driftsmåter. Dette gir behov for betydelige investeringer. Kun investeringsmessig etterslep er estimert til ca. 2 milliarder kroner.

[6] Stortingsmelding nr. 13 (2011-2012), Utdanning for velferd

[7] SSB-rapporten: «Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell frem mot år 2035»



Spesialisthelsetjenesten står overfor nye muligheter

Utviklingen innenfor informasjonsteknologi, medisinsk teknologi og nye behandlingsmetoder vil føre til store endringer i medisinsk praksis. Utviklingen vil trolig underbygge to hovedtrender: for det første, bedre diagnostisering og behandlingstilbud for stadig flere sykdommer, og for det andre, behandlingsformer som fører til mindre døgnbehandling og mer dagbehandling, poliklinikk og hjemmebehandling.

Utbygging av infrastruktur (eks. vei og IKT/bredbånd/Helsenett) gjør at personer, utstyr, kompetanse og informasjon raskere kan forflyttes og forflytte seg. Dette gjør det enklere både å flytte pasienter raskere og over lengre avstander til sykehus, og å flytte spesialister raskere og over lengre avstander ut fra sykehus. Begge deler gir mulighet til bedre utnyttelse av knappe spesialistressurser.

Regjeringen la i 2009 fram St.meld. 47 "Samhandlingsreformen". I Stortingsmeldingen peker Regjeringen på en del utfordringer som kan oppsummeres i følgende:

- Det finnes i dag ikke noe system som understøtter pasientens samlede behov
- Mange av pasientene håndteres på et nivå som verken gir optimal kostnadseffektivitet eller god kvalitet
- Helsevesenet kommer for seint til i sykdomsutviklingen. Vi bruker mye ressurser på reparasjon, mindre på forebygging og mestring
- Den demografiske utviklingen gjør at behovene blir større, og kan true samfunnets totale bæreevne

Samhandlingsreformen medfører at kommunene vil få et større ansvar for helsetjenester. Førstelinjetjenesten skal få flere oppgaver og skal styrkes økonomisk og bemanningsmessig. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor "beste effektive omsorgsnivå".

Samhandlingsreformen gir spesialisthelsetjenesten mulighet til å rendyrke oppgaver av spesialisert karakter. Med et samlet innbyggertall på nærmere 400.000 har Sykehuset Innlandet et innbygger-/pasientgrunnlag som gir mulighet til å utføre en del spesialiserte/avanserte oppgaver. En forutsetning for å kunne opprettholde og videreutvikle spesialiserte oppgaver er imidlertid en større grad av samling av disse oppgavene. Det vil også alltid være en faglig avveining mellom hva Sykehuset Innlandet skal tilby av spesialiserte tjenester og hva som bør henvises til regionsykehusnivå.

Samarbeidet mellom kommuner og sykehus om helhetlige og gode behandlingsforløp, om kompetanseutveksling og om en optimal oppgavefordeling mellom kommunene og sykehusene vil bli en vesentlig faktor for å lykkes med intensjonene i samhandlingsreformen.

Kommunene og sykehussektoren har felles utfordringer, og må stå sammen om å løse dem. I samarbeid med fylkesmennene i Hedmark og Oppland har Sykehuset Innlandet tilrådd at kommunene og Sykehuset Innlandet går sammen om å utarbeide interkommunale/regionale helseplaner i Sykehuset Innlandet sitt opptaksområde. Dette er et virkemiddel for å løse felles utfordringer gjennom en helhetlig tilnærming til samhandlingsreformen.

2.2 Rammebetingelser

Omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst legger føringer for helseforetakenes struktur, organisering og faglige prioriteringer. En viktig grunnpremiss for omstillingsprogrammet har vært at pasientenes behov skal være førende for struktur og innhold i tjenestene.

Omstillingsprogrammet legger til grunn at det innenfor hvert sykehusområde/helseforetak skal foretas en differensiering i lokalbaserte tjenester og i mer spesialiserte tjenester. Målsettingen er å desentralisere det som kan desentraliseres og sentralisere det som må sentraliseres.

Innenfor hvert sykehusområde skal det sikres et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å ivareta faglig kvalitet i spesialiserte funksjoner, herunder kirurgiske og ortopediske akuttfunksjoner, samtidig som det skal etableres nærhet til de alminnelige spesialisthelsetjenester. Utvikling av gode lokalbaserte tjenester for alminnelige tilstander er viktig for å legge til rette for sterkere samarbeid med kommunene, og dermed for et mer helhetlig pasienttilbud i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

Helse Sør-Øst har redegjort for omstillingsprogrammet i en rekke styresaker. I styresak nr 108-2008 (av 20. november 2008) oppsummerer Helse Sør-Øst sin hovedstrategi og sentrale føringer overfor helseforetakene. Sentrale punkter i vedtaket er:

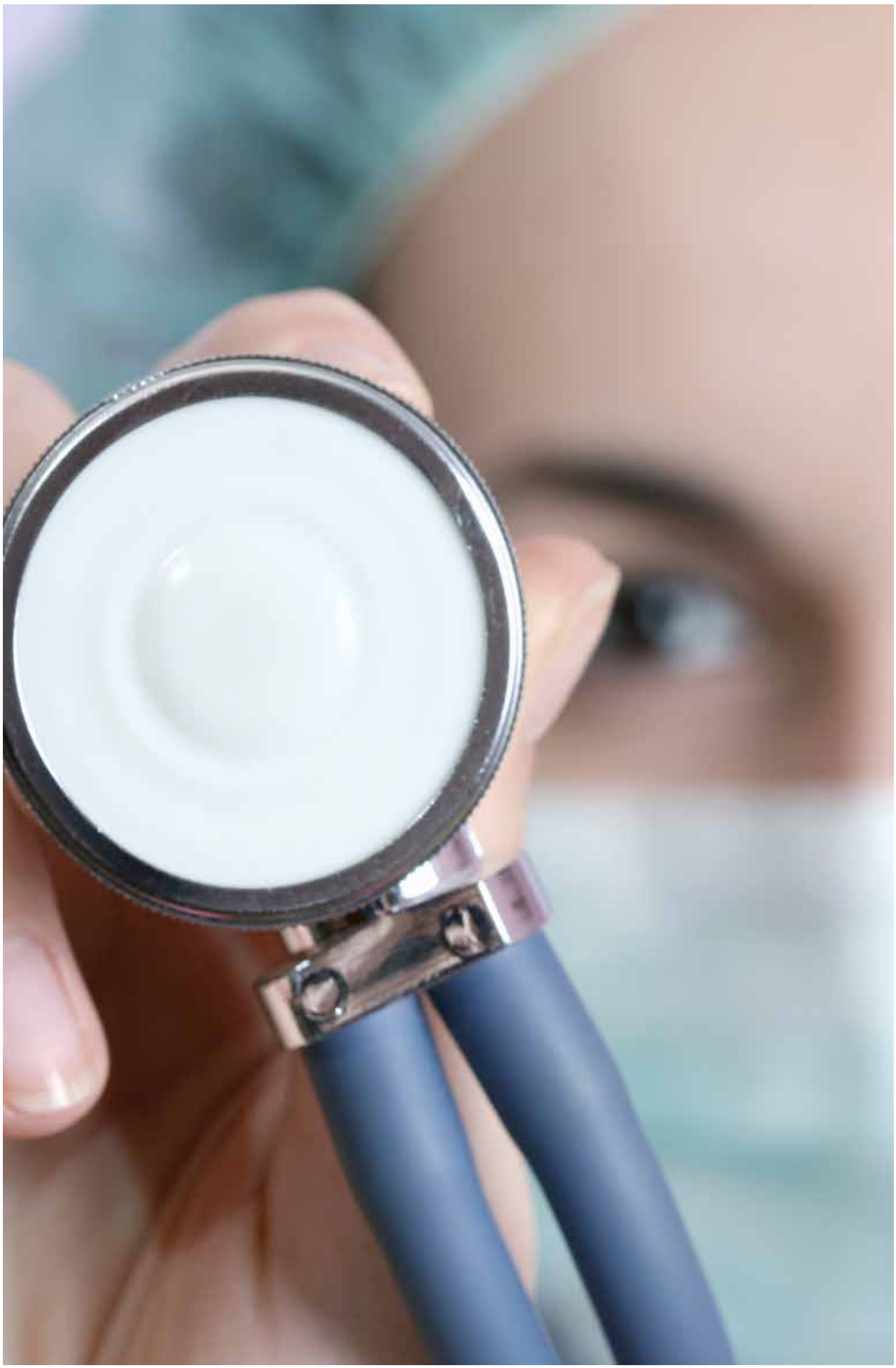
- Helseforetakene skal ha et helhetlig ansvar for befolkningen i sitt sykehusområde og tilby lokalbaserte spesialisthelsetjenester og mer spesialiserte tjenester for sitt område. Lokalbaserte spesialisthelsetjenester kan ha ulike nivåer av akuttfunksjoner.
- Akuttfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner skal som hovedregel samles under en ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde.
- Spesialiserte områdesykehusfunksjoner skal som hovedregel samles ett sted innenfor et sykehusområde.
- Der hvor lokale forhold ikke ligger til rette for samling av spesialiserte funksjoner ett sted, må faglig kvalitet og effektiv ressursbruk ivaretas gjennom andre tiltak.
- Rehabiliteringstjenesten i sykehusområdene skal styrkes gjennom bedre integrering mellom behandling og rehabilitering: Rehabilitering skal være en naturlig del av et pasientforløp. Som et ledd i arbeidet med å etablere tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen rehabilitering skal sykehusområdene i samarbeid med kommunene utforme områdeplan.
- Tilbudet innen psykisk helsevern skal videreutvikles i tråd med prinsippene i opptrappingsplanen. Sykehusområdene skal utforme områdevise planer for hvordan tilbudet innen psykisk helsevern skal ivaretas ut fra en helhetlig tilnærming hvor kommunene deltar som likeverdig part.
- Det skal også utarbeides områdeplan for utvikling og styrking av tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Hvert sykehusområde/helseforetak bør ha en selvdekningsgrad på 80 - 90 %. Innenfor hvert sykehusområde må det etableres en strategi for videre funksjons- og oppgavefordeling for å sikre etterlevelse av prinsippene i omstillingsprogrammet.

Styret for Sykehuset Innlandet vedtok i møte 19. mars 2010 å sette i gang et arbeid med utarbeidelse av en strategi for utviklingen av spesialisthelsetjenestetilbudet i Innlandet for perioden 2011 - 2014 *(Strategisk fokus 2011-2014: Premisser, mål og utfordringer)*. Vedtaket er gjort med bakgrunn i styresak 108/2008 i Helse Sør-Øst hvor det forutsettes at det innenfor hvert sykehusområde etableres en strategi for videre funksjons- og oppgavedeling for å etterleve prinsippene i omstillingsprogrammet.

I tillegg til oppdrag fra Helse Sør-Øst, er Sykehuset Innlandets utviklingsarbeid igangsatt ut fra en egen erkjennelse om at det er behov for en gjennomgang av struktur og innhold i tjenesten for å sikre en bærekraftig og robust spesialisthelsetjeneste for Innlandets befolkning i årene fremover.

Utviklingsarbeidet tar utgangspunkt i tiltak som vil gi en faglig merverdi for pasientene og som vil bidra til å fremme god kvalitet i behandlingen på kort og lang sikt. Dette er i tråd med Helse Sør-Øst sin forutsetning om at "pasientenes behov skal være førende for struktur og innhold i tjenesten". Det er også behov for å vurdere tiltak som kan gi en mer effektiv ressursutnyttelse, slik at befolkningen i Innlandet kan få mest og best mulig spesialisthelsetjenester innenfor de økonomiske rammene som Sykehuset Innlandet til enhver tid rår over.

Selv om sysselsetting ikke er nedfelt som noen målsetting for Sykehuset Innlandet, er foretaket likevel opptatt av å bevare arbeidsplasser i Innlandet. Med 7.993 ansatte, en høy andel ansatte med høyere utdanning, omfattende forskningsaktivitet og et høyt årlig investeringsnivå, er Sykehuset Innlandet en betydelig samfunnsaktør i Innlandet.



3. Situasjonen i dag

Sykehuset Innlandet Helseforetak eies av Helse Sør-Øst RHF. Foretaket ble stiftet 05.12.2001. Hovedoppgavene er pasientbehandling, forskning, undervisning og opplæring av pasienter og pårørende. Ved utgangen av 2013 hadde Sykehuset Innlandet 7.421 årsverk fordelt på 7.993 ansatte med fast månedslønn og en omsetning på om lag 7,8 milliarder kroner.

Målt i antall behandlede pasienter er Sykehuset Innlandet et av landets største helseforetak. Sykehuset Innlandet har ansvaret for all offentlig spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern, rusomsorg, somatikk, habilitering/rehabilitering og ambulansetjeneste for Hedmark og Oppland. Helseforetaket har også ansvar for å administrere tildeling og ettersyn av medisinske behandlingshjelpemidler, samt administrering av pasientreiseordningen i opptaksområdet.

Sykehuset Innlandet har virksomhet på 42 steder, blant annet seks somatiske sykehus, to lokalmedisinske sentre, to psykiatriske sykehus, flere distriktspsykiatriske sentre, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og habiliterings- og rehabiliteringsenheter. I tillegg har sykehuset 29 ambulansestasjoner.

Foretaket samarbeider med alle de 49 kommunene i opptaksområdet, hvorav 22 kommuner i Hedmark, 26 i Oppland og Nes kommune i Akershus. Samlet sett har Innlandet et befolkningsgrunnlag på ca. 400.000 innbyggere.

I tillegg til dette er det formalisert et samarbeid mellom Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst om tilbudet i Fjellregionen, hvor pasientene får tilbud på tvers av dagens regionale helseforetaksgrenser. Fjellregionen består av kommunene Tynset, Os, Tolga, Alvdal, Folldal og Rendalen i Innlandet, og kommunene Holtålen og Røros i Trøndelag. Området har et befolkningsgrunnlag på ca 25.000 innbyggere, 20.000 fra Innlandet.



Figur 4: Opptaksområde, Kilde: Sykehuset Innlandets årsrapport 2012

3.1 Somatisk virksomhet

Sykehuset Innlandets somatiske virksomhet er i dag fordelt på seks geografiske enheter: SI Elverum, SI Hamar, SI Gjøvik, SI Lillehammer, SI Kongsvinger og SI Tynset.

	Elverum	Hamar	Gjøvik	Lillehammer	Kongsvinger	Tynset
Akutt	• Akkuttmottak • Anestesi • Operasjon • Intensiv	• Akuttmottak • Anestesi • Operasjon • Intensiv og overvåkningsenhet	• Akuttmottak • Anestesi • Operasjon • Intensiv og overvåkningsenhet • Pallativt team	• Akuttmottak • Anestesi • Operasjon • Intensiv og overvåkningsenhet • Pallativt team	• Akuttmottak • Anestesi • Operasjon • Intensiv og overvåkningsenhet • Smertepoliklinikk	• Akuttmottak • Anestesi • Operasjon • Medisinsk og kirurgisk overvåkning
Barn og ungdom	• Poliklinikk og sengepost • Nyfødtintesiv	• Poliklinikk	• Poliklinikk	• Poliklinikk og sengepost • Nyfødtintensiv	• Poliklinikk	
Bildediagnostikk	• Generell røntgen • Nucleærmedisin	• Generell røntgen • BDS	• Generell røntgen	• Generell røntgen • Nucleærmedisin • BDS	• Generell røntgen	• Generell røntgen
Ergo/ Fysio	X	• Fysioterapi	X	X	X	• Fysioterapi
Gyn/Føde	• Poliklinikk, sengepost og dagkirurgi • Fødeavdelingen	• Poliklinikk og dagkirurgi	• Poliklinikk, sengepost og dagkirurgi • Fødeavdelingen	• Poliklinikk, sengepost og dagkirurgi • Kvinneklinikk	• Poliklinikk og sengepost • Fødeavdelingen	• Jordmorstyrt fødestue i sjukehus
Indremedisin	• Generell indremedisin: - Fordøyelsessykdommer - hjertemedisin - hjerneslag - hudsykdommer • Kreftbehandling • Nyremedisin og dialyse (med satelitt) • Hjerteovervåkning	• Generell indremedisin: - Fordøyelsessykdommer - hjertemedisin - lungemedisin - hjerneslag - hormonsykdommer • Kreftbehandling	• Generell indremedisin: - Fordøyelsessykdommer - hjertemedisin - lungemedisin - hjerneslag - hormonsykdommer • Kreftbehandling med stråleterapi • Geriatri	• Generell indremedisin: - Fordøyelsessykdommer - hjertemedisin - lungemedisin - hjerneslag • Kreftbehandling • Nyremedisin og dialyse (med satelitt) • Geriatri	• Generell indremedisin: - Fordøyelsessykdommer - hjertemedisin - lungemedisin - hjerneslag - hormonsykdommer • Kreftbehandling • Overvekts poliklinikk • Dialyseenhet • Revmatologi	• Generell indremedisin: - Fordøyelsessykdommer - hjertemedisin - lungemedisin - hjerneslag - hormonsykdommer • Kreftbehandling • Nyremedisin med dialyse (fra E) • Søvnavsnitt • Geriatri • Hudpoliklinikk
Ortopedi	• Ortopedisk poliklinikk, sengepost og dagkirurgi	• Ortopedisk poliklinikk	• Ortopedisk poliklinikk, sengepost og dagkirurgi	• Ortopedisk poliklinikk, sengepost og dagkirurgi • Revmakirurgi	• Ortopedisk poliklinikk, sengepost og dagkirurgi • Revmakirurgi	• Ortopedisk poliklinikk, sengepost og dagkirurgi
Kirurgi	Bløtdel, poliklinikk	• Poliklinikk og sengeposter • Dagkirurgi • Gastroenterologisk kirurgi • Mamma/endokrin kirurgi • Karkirurgi • Urologi	• Poliklinikk og sengeposter • Dagkirurgi • Gastroenterologisk kirurgi • Fedmekirurgi • Karkirurgi (dagkirurgi)	• Poliklinikk og sengeposter • Dagkirurgi • Gastroenterologisk kirurgi • Urologi	• Poliklinikk og sengeposter • Dagkirurgi • Gastroenterologisk kirurgi • Urologi	• Poliklinikk og sengeposter • Dagkirurgi • Gastroenterologisk kirurgi • Urologi • Tannbehandling
Nevrologi	• Poliklinikk	• Poliklinikk		• Poliklinikk og sengepost		
Pasienthotell	X	X	X	X		X
Øre-nese-hals	• Poliklinikk og sengepost • Høresentral		• Poliklinikk og sengepost • Høresentral • Tann-kjeve	• Poliklinikk	• Poliklinikk • Høresentral • Poliklinikk	
Øye	• Poliklinikk og sengepost			• Poliklinikk		

Figur 5: Somatiske tjenester ved hvert somatisk sykehus i Sykehuset Innlandet, Kilde: Fakta brosjyre 2013

Samlet somatisk virksomhet;

Somatikk	Antall
Årsverk	3 435
Antall innleggelser	60 572
Dagbehandling	19 625
Polikliniske konsultasjoner	346 153
Budsjett (1 000 kr)	3 002 125

Figur 6: Samlet somatisk virksomhet

Lokalmedisinske sentre

I tillegg til spesialisthelsetjenestetilbudet ved de ulike somatiske sykehusene har Sykehuset Innlandet et desentralisert tilbud som dekkes av de lokalmedisinske sentrene i Nord-Gudbrandsdal og Valdres.

Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter (NGLMS) er lokalisert i Sel kommune, og har en samarbeidsavtale vedrørende interkommunale tjenester med kommunene Skjåk, Lom, Vågå, Dovre og Lesja.

NGLMS har også leieavtale med Sykehuset Innlandet, der Sykehuset Innlandet leier lokaler for sine spesialisthelsetjenester ved senteret. Kommunene eier og leier ut lokalene, mens det faglige, administrative og økonomiske ansvaret ligger i Sykehuset Innlandet. Opptaksområdet til NGLMS er omkring 20.000 innbyggere. Det er 113 km til SI Lillehammer. Divisjon Lillehammer har hovedansvar for den somatiske spesialisthelsetjenesten ved senteret. Hud og lysbehandling tilbys av avtalespesialister.

LMS Valdres, lokalisert på Fagernes, er et samarbeid mellom kommunene Vang, Nord Aurdal, Sør Aurdal, Øystre Slidre, Vestre Slidre og Etnedal. Divisjon Gjøvik er ansvarlig for spesialisthelsetjenestene, unntatt for dialyse, nefrologi og nevrologi hvor Divisjon Lillehammer er ansvarlige. Divisjon Elverum-Hamar har ansvar for øye. Kommunene eier og leier ut lokalene, mens det faglige, administrative og økonomiske ansvaret for spesialisthelsetjenester ligger i Sykehuset Innlandet. Hud og lysbehandling tilbys av avtalespesialister. Opptaksområdet til LMS Valdres er ca. 18.000 innbyggere. Det er 100 km til SI Gjøvik, 111 km til SI Lillehammer og 137 km til Helse Førde Lærdal.

Tjenester ved NGLMS	Tjenester ved LMS Valdres
Spesialisthelsetjenestetilbud	Spesialisthelsetjenestetilbud
• Røntgen (skjelett, lunger) • Dialysesatelitt • Ambulerende nefrolog • Ambulerende gynekolog • Ambulerende revmatolog • Ambulerende nevrolog • Ambulerende audiograf • Ambulerende dermatolog • Lysbehandlingsenhet • Kreftbehandling (cytostatika) • Andre infusjoner	• Røntgen (skjelett, lunger) • Dialysesatelitt • Ambulerende nefrolog • Ambulerende gynekolog • Ambulerende revmatolog • Ambulerende nevrolog • Ambulerende øyelege • Ambulerende ortoped • Ambulerende kardiolog • Ambulerende dermatolog • Lysbehandlingsenhet • Ortopediingeniør • Diabetespoliklinikk

Figur 7: Tjenester ved NGLMS og LMS Valdres, Kilde: Fakta brosjyre 2013

3.2 Psykisk helsevern

Innledning

Divisjon Psykisk helsevern har avdelinger og lokalisasjoner i Hedmark og Oppland. Tjenestene er organisert med sentralsykehusfunksjoner ved SI Sanderud (Stange kommune) og SI Reinsvoll (Vestre Toten kommune) Videre er det fem distriktspsykiatriske sentre (DPS): Kongsvinger, Elverum-Hamar, Tynset, Lillehammer og Gjøvik. BUP er organisert med polikliniske tjenester i BUP Oppland og BUP Hedmark og døgnbehandling ved Kringsjåtunet, Sanderud, Hagen og Gjøvik.

Utviklingen av det psykiske helsevernet i Norge har det siste tiåret vært styrt av målsettingene i den nasjonale Opptrappingsplanen og den påfølgende samhandlingsreformen, og disse målsettingene er retningsgivende for utviklingen. Det overordnede målet i opptrappingsplanen er å gi mennesker med psykiske lidelser muligheter til å leve et mest mulig normalt liv, preget av deltakelse, uavhengighet og evne til å mestre eget liv.

Sykehuset Innlandet har i den strategiske planen fra 2006 slått fast at det psykiske helsevernet for voksne skal videreføres med sentralsykehusfunksjoner på Reinsvoll og Sanderud, og med en oppbygging av fem robuste distriktspsykiatriske sentre (DPS) med døgntilbud, dagtilbud, ambulante akuttjenester og poliklinikk. Psykisk helsevern for barn og unge skal videreføre en sterkt desentralisert poliklinisk profil med støtte av mindre enheter for døgnbehandling.

Sykehuset Innlandet mangler fortsatt tilgang på nødvendige lege- og psykologspesialister for å kunne oppfylle målene om tilstrekkelig spesialistdekning og bedre tilgjengelighet. I den framtidige planleggingen er det nødvendig å gjøre fortløpende vurderinger av i hvilken grad de gjennomførte og planlagte endringer svarer på befolkningens behov for helsehjelp. De siste årene kan det se ut som om økningen i etterspørsel etter behandling i døgnenheter er redusert, samtidig som flere henvises til poliklinikkene. De pasientene som har behov for døgnbehandling ser ut å kreve en mer omfattende innsats/intervensjon.

Psykisk helsevern for voksne

Hovedgrepet i utbyggingen av desentralisert psykisk helsevern for voksne er å videreutvikle DPS som skal ha hovedansvaret for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne.

Sykehuset Innlandet skal videreutvikle DPSene slik at de i størst mulig grad understøtter pasientens egenmestring, i eller nært pasientens lokalmiljø. Dette innebærer konkret styrking av samarbeidet med kommunale helse- og omsorgstjenester og andre aktører som bidrar til personens/pasientens mestring av hverdagen. Økt bruk av ulike former for ambulante tjenester vil være et viktig virkemiddel. Videre skal tjenestene styrke pasientforløp som retter ressursinnsatsen mot tidlig forebygging av sykdom. Det skal særlig legges vekt på tjenesteinnhold og tjenesteutforming som bidrar til å forebygge bruk av tvang.

DPSenes kjerneoppgaver vil derfor være:

- Akutt – krisetjenester, også utover ordinær arbeidstid
- Vurdering av henviste pasienter
- Differensiert behandling i form av:
  - Poliklinisk undersøkelse og behandling til enkeltpersoner, par eller familier
  - Ambulant behandling og rehabilitering til personer med alvorlig psykiske lidelser
  - Krise, akutt- og korttidsbehandling
  - Lengre tids døgnbehandling
  - Integrert behandling i samarbeid med kommune eller spesialiserte sykehusavdelinger

Oppgavefordelingen mellom DPS og kommunale tjenester må gjennomgås og tilpasses føringer i Opptrappingsplanen og samhandlingsreformen. Utviklingen av høyspesialiserte tilbud for enkelte pasientgrupper skal videreutvikles parallelt med DPSenes overtakelse av ansvaret for den mer generelle delen av behandlingen.

De sentraliserte sykehusavdelingene bør innholdsmessig styrkes slik at de støtter og utfyller de desentraliserte tjenestene. Dette innebærer en spesialisering på områder som det ikke er naturlig at de desentraliserte tjenestene skal ha. Dette vil bl.a. dreie seg om spesielt tilrettelagte tilbud for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, særlig alvorlig og komplisert personlighetsproblematikk, alvorlig selvskading, svært kompliserte affektive lidelser, alvorlige posttraumatiske stresslidelser, utredning og behandling av tidlig demens, utredning av nysyke med psykoselidelse og sikkerhetsproblematikk, pasienter med behov for opphold i forsterkede ressursenheter samt behandling i lukkede akuttavdelinger. Dette handler i store trekk om en videreutvikling og "spissing" av enheter som allerede har aktuell spesialkompetanse.

Gjennom prosjekt Psykisk helsevern 2011-2013 er det foretatt en gjennomgang av oppgavefordelingen og ressursfordelingen mellom DPSene og sentralsykehusfunksjonene på Reinsvoll og Sanderud og av oppgavefordelingen mellom Reinsvoll og Sanderud.

Døgntilbudene for voksne

Det har skjedd en sterk utbygging av kommunale tilbud parallelt med oppbygging av poliklinisk kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Det samlede behovet for døgnplasser

framover må sees i sammenheng med dette. Det er en klar føring at døgnbehandling skal forbeholdes de pasientene som har et behov for det og der det er faglig uhensiktsmessig å tilby annen behandling. Utvikling av samarbeidet mellom sentralsykehus og DPS og mellom DPS og kommuner må utformes slik at det bidrar til å kunne gi flere pasienter et godt tilbud uten utstrakt bruk av innleggelser i døgnenheter. Dette er i ferd med å virkeliggjøres.

Psykosebehandling og rehabilitering

Det er en relativt stabil situasjon både for antallet nysyke med psykoselidelser, og for pasienter som har behov for relativt lange behandlings- og rehabiliteringsforløp. Andelen som har behov for opphold i ressurs- og sikkerhetsenheter har vært høy, både som følge av at flere dømmes til behandling i psykisk helsevern samtidig som rusmisbruk i kombinasjon med psykoselidelser er en økende utfordring å kunne behandle på en trygg og god måte i døgnenhetene.

Alderspsykiatrien

Situasjonen er relativt stabil, noe som skyldes at mange eldre med vanlige psykiske lidelser i høy alder nå ivaretas på en bedre måte innenfor de kommunale omsorgstjenestene. Ambulante tilbud fra spesialisthelsetjenesten gjør det mulig å behandle flere pasienter med aldersdemens, mens de oppholder seg i kommunale institusjoner. Dette er ofte en bedre løsning for pasient og pårørende enn å flytte pasientene til et ukjent institusjonsmiljø i spesialisthelsetjenesten. Fremover må en regne med en økning i behovet for tjenester relatert til eldre med en økende gjennomsnittsalder og økt sykelighet som følger med forskjellige typer demenslidelser og andre aldersrelaterte psykiatriske tilstander.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble gjennom rusreformen i 2004 etablert som eget fagområde, likestilt med somatikk og psykisk helsevern og har de siste årene i økende grad blitt harmonisert i tråd med øvrige spesialisthelsetjenester.

Den polikliniske virksomheten og legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har blitt styrket og overført til DPSene, og en har lagt vekt på å styrke samhandlingen mellom polikliniske desentraliserte tilbud og sentraliserte døgn funksjoner, som er avgiftning, utredning, døgnbehandling, familiebehandling og tilbud til gravide rusmiddelmisbrukere.

I Sykehuset Innlandet er det behov for å øke kapasitet på og differensiering av avgiftningsbehandling samt øke kapasitet på korttidsbehandling.

Målsettingen for arbeidet innen TSB bør være at alle pasienter får et reelt individuelt tilpasset behandlingstilbud, og at unge pasienter skal ha et særskilt fokus. Det samlede tjenestetilbudet i TSB må dimensjoneres, organiseres, differensieres og kvalitetssikres slik at alle pasienter får et reelt individuelt tilpasset behandlingstilbud. Dette er spesielt viktig fordi pasientene i så stor grad har behov for sammensatte tjenester. Det er i dag for liten behandlingskapasitet og kvaliteten på tjenestene bør styrkes. Tjenestetilbudet er heller ikke organisert slik at kapasiteten kan utnyttes optimalt. Det er en utfordring i TSB at øvrige spesialisthelsetjenesten, ved at 60 prosent av tilbud om døgnbehandling ligger i avtaler med private ideelle institusjoner som gir regionalt tilbud for hele HSØ-området.

I styresak nr 046-2010 i Helse Sør-Øst ble det fattet et vedtak om at det skal utarbeides områdeplaner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling som en del av en helhetlig områdeplan for sykehusområdet. Områdeplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Den ble styrebehandlet i SI 19.12.13. Sykehuset Innlandet er ansvarlig for å bygge opp behandlingstilbud til alle pasienter med rus- og avhengighetslidelser, i samsvar med volumet på langtidsdøgnbehandling hos private ideelle leverandører.

Sykehuset Innlandet har et regionalt ansvar for behandlingstilbudet til gravide og familie som er forankret i avdeling for TSB.

Psykisk helsevern og rus er en viktig del av gode somatiske tjenester, og omvendt. Psykisk helsevern, TSB og somatiske spesialisthelsetjenester skal samhandle tettere for å gi mer helhetlig tilbud til pasientene.

Psykisk helsevern for barn og unge

Avdelingene for barn og unge, skal dekke lokalsykehusansvaret for aldersgruppen 0 til 18 år med psykiske lidelser. Ansvaret innebærer å kunne foreta spesialisert utredning og behandling samt ivareta 24-timers beredskap for akutt- og krisetjenester samt tilby tidlig intervensjon ved og sekundærforebygging av alvorlig psykiske lidelser. I tillegg forventes det at avdelingene har god kommunikasjon og bidrar med veiledning til kommunale og samarbeidende instanser, bidrar som utdanningsinstitusjon med deltakelse i grunnvidere- og etterutdanning av helsepersonell samt gir opplæring til pårørende.

Avdelingene for barn og unge, forventes å være robuste slik at den enkelte avdeling i overveiende grad kan ta hånd om befolkningens behov for BUP tjenester. Dette innebærer at avdelingene må besitte en breddekompetanse slik at de kan ivareta pasienter med uavklarte eller sammensatte problemstillinger med et bredt faglig perspektiv.

Det har vært en stor vekst i den polikliniske kapasiteten ved BUP de siste årene. Det er også utviklet ambulante tilbud. I tillegg brukes også elektiv døgnbehandling i økende grad som et tillegg til poliklinisk/ambulant behandling.

På bakgrunn av denne utviklingen er det naturlig å vurdere framtidig utvikling av døgntilbudet, både når det gjelder struktur og innhold.

Selv om BUP er organisert som selvstendige avdelinger med definerte opptaksområder, er det en viktig målsetting å se helhetlig på ressursbruken i BUP-feltet slik at den samlede kapasiteten utnyttes best mulig.

Oppsummering psykisk helsevern

I styrevedtak av 20.12.12 Prosjekt Psykisk helsevern 2011-2013 er det beskrevet hvilke sentralsykehusfunksjoner som skal videreføres på Reinsvoll og Sanderud. DPSene skal utgjøre hovedtyngden i det psykiske helsevernet, og ha befolkningsansvar for psykisk helsevern i sitt opptaksområde. Ressursfordelingen mellom sentralsykehus og DPS skal være 50/50 innen 2014, og 40/60 innen 2016.

- Akutt- og krisetjenester tilhører DPSenes kjerneaktiviteter og alle DPSene skal utvikle akutt- og krisetjenester i form av døgntilbud, dagtilbud, poliklinisk tilbud og tilbud om hjemmebehandling.
- DPSenes akutt- og krisetjenester skal ha utvidet åpningstid ved etablering av ambulante akutteam.

Sykehuset Innlandet skal styrke DPSene gjennom økt kapasitet og kompetanse. De sentraliserte funksjonene skal ytterligere spisses. Det skal være et integrert, forpliktende og fleksibelt samarbeid med kommunene om tjenestene. Oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern og kommunene må gjennomgås. Utvikling av ambulante akuttjenester skal prioriteres.

Ressursfordelingen mellom voksne og barn/unge innen psykisk helsevern skal være 80/20.

Brukermedvirkningen og tilbud til pårørende innenfor psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling skal styrkes og videreutvikles.

Nasjonale føringer legger opp til en ytterligere styrking av DPSene og at disse skal utgjøre tyngdepunktet i behandlingstilbudet. Dette vil innebære en videre utbygging av kompetanse, kapasitet, samt vakt- og beredskapsordninger lokalt. Skal en få dette til innenfor eksisterende økonomiske rammer, vil en parallelt måtte ta ned ressurstilgangen til sentralsykehusfunksjonene.

Psykisk helsevern	Antall (2013)
Årsverk	1 858
Antall innleggelser	3 772
Dagbehandling	3 228
Polikliniske konsultasjoner	173 699
Budsjett (1 000 kr)	1 522 935

Figur 8: Samlet psykisk helsevern

I Rapport fra *Prosjekt Psykisk helsevern 2011-2013* er det gjennomført en kartlegging av divisjonens nåværende drift. For øvrig vises det til divisjonens aktivitetsrapporter og månedsrapporter som gir en oversikt over divisjonens behandlingsaktivitet.



3.3 Habilitering- og rehabilitering

Divisjon Habilitering og rehabilitering har avdelinger og lokalisasjoner både i Hedmark og i Oppland.

Habilitering- og rehabilitering	Antall (2013)
Årsverk	233,9
Antall innleggelser	1510
Dagbehandling	9
Polikliniske konsultasjoner	15 372
Budsjett (1 000 kr)	184 100

Figur 9: Samlet Habilitering- og rehabilitering

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Tjenesten er basert på døgn, poliklinisk og ambulant virksomhet.

Avdelingen har totalt 45 senger, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste. Avdelingen jobber med:

- Hjerneslag/hjerneskader
- Andre følgetilstander etter skade/sykdom i sentral-nervesystemet
- Nevrologiske lidelser
- Arm- og beinamputerte
- Smertetilstander i muskel- og skjelettapparatet
- Multitraume
- Følgetilstander etter poliomyelitt

Avdelingen har også tilbud om spesialiserte programmer innen blant annet spastisitetsbehandling, CI-terapi og intensiv kognitiv rehabilitering. Avdelingen har om lag ti ulike faggrupper som samarbeider tett tverrfaglig og sammen med pasienten. Avdelingen er lokalisert på Gjøvik og Ottestad i Stange kommune.

Granheim Lungesykehus

Avdelingen gir tilbud om utredning og behandling, samt rehabilitering av lungesyke, i hovedsak kols, astma og allergier. Tilbudet gis poliklinisk eller ved planlagte rehabiliteringsopphold. Inntaket til rehabilitering er landsomfattende.

Avdelingen tilbyr spesialisert lungerehabilitering. Avdelingen er en av landets to institusjoner som tilbyr lungerehabilitering på dette nivået, noe som nylig er bekreftet i Nasjonal faglig retningslinje[8] for kols. Avdelingen har hovedsakelig 4 ukers opphold og poliklinikk.

[8] IS-2029 Kols Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. 2012

Mange faggrupper jobber tett tverrfaglig og følger kunnskapsbasert metodikk for fagområdet. Avdelingen er lokalisert i Gausdal kommune.

Habiliteringstjenestene i Hedmark og Oppland

Avdelingene i Oppland og i Hedmark ivaretar parallelle tilbud i hvert sitt fylke til personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelser av komplisert og sammensatt karakter. Fagfeltet omfatter diagnostikk og funksjonsvurderinger, intensiv spesialisert opplæring, behandling og trening, samt råd og veiledning til kommunale samarbeidspartnere og pårørende.

Tjenestene omfatter om lag ti ulike faggrupper som arbeider tverrfaglig, i tett samarbeid med bruker og pårørende og med kommunene. Tjenestene gis både ambulant og poliklinisk.

Viktige kompetanseområder er utfordrende atferd, seksualitet og samliv, kommunikasjonsproblematikk, autisme og tidlig intervensjon, spastisitetsbehandling, samt posisjonering og sitteklinikk. Habiliteringstjenesten i Hedmark er lokalisert i Ringsaker kommune og Habiliteringstjenesten i Oppland er lokalisert på Lillehammer.

Avdelingen jobber med:

- Psykisk utviklingshemmede
- Nevrologiske sykdommer
- Alvorlige progredierende sykdommer
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- Sjeldne syndromer

Avd: Habiliteringstjenesten i Hedmark	Antall (2013)
Årsverk	40,9
Innleggelser	0
Dagbehandling	
Polikliniske konsultasjoner	4200
Budsjett (1 000 kr)	31 300

Figur 10: Habiliteringstjenesten i Hedmark

Avd: Habiliteringstjenesten i Oppland	Antall (2013)
Årsverk	34,95
Antall innleggelser	0
Polikliniske konsultasjoner	1 993
Budsjett (1 000 kr)	24 800

Figur 11: Habiliteringstjenesten i Oppland

Tallene viser at praksis er noe ulik mellom avdelingene. Utredninger innebærer at flere faggrupper gjennomfører sine tester og undersøkelser. Avdelingene har ulike praksis relatert til om dette skjer samlet i løpet av en dag og registreres som en konsultasjon, eller om faggruppene reiser ut til pasienten og gjennomfører dette hver for seg. Da registreres det som flere konsultasjoner.

3.4 Prehospitale tjenester

Divisjon Prehospitale tjenester består av to pasientreise-avdelinger, AMK-Innlandet og Ambulanseavdelingen.

Pasientreiser Innlandet ivaretar organiseringen av reiser for befolkningen i Innlandet som skal til behandling i spesialist-helsetjeneste og primærhelsetjeneste. Avdeling Pasientreiser HSØ er en oppgjørsenhet som ivaretar saksbehandling av reisefusjonskrav fra pasienter for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Akuttmedisin utenfor sykehus og nødmeldetjenesten ivaretas av to avdelinger: Ambulanseavdelingen og AMK-Innlandet. Begge avdelingene er blant de største i nasjonal sammenheng. Fra 2014 driftes den medisinske virksomheten ved luftambulansebasen på Dombås i Sykehuset Innlandets regi.

Organiseringen reflekterer dagens sykehusstruktur. Gjennom det siste tiåret har det likevel vært en utvikling i divisjonen til i større grad å samle tjenesteutviklingen der det har vært hensiktsmessig. Eksempler på dette er etableringene av et samlet pasientreisekontor og en felles AMK-sentral for Innlandet og en samling av driften av bil- og luftambulanse-tjenesten under en felles ledelse i Sykehuset Innlandet.

Dagens organisering med fire sykehus relativt nært hverandre i Mjøsområdet, med varierende grad av funksjonsfordeling og spesialisering, skaper utfordringer for prehospitale tjenester i form av fordeling av akuttpasienter og mye transport mellom sykehusene. Ambulansetilbudet vil alltid måtte være desentralisert.

Divisjonen består av stab og seks avdelinger, totalt 775 ansatte fordelt på 591 årsverk.

Prehospitale tjenester	Antall (2013)
Årsverk	591
Hendvendelser til AMK	77 800
Ambulanseoppdrag	57 000
Budsjett (1 000 kr)	671 200

Figur 12: Prehospitale tjenester



3.5 Medisinsk service

Divisjon Medisinsk service organiserer laboratoriespesialistetene, medisinsk teknikk og behandlingshjelpemidler, smittevern og hygiene og enheten NOKLUS (norsk kvalitets- overvåking av laboratorier utenfor sykehus).

Laboratoriespesialitetene består av medisinsk mikrobiologi, immunologi og transfusjonsmedisin(blodbank), medisinsk biokjemi og patologi.

Medisinsk biokjemi og immunologi og transfusjonsmedisin er lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Kongsvinger, Lillehammer og Tynset, og det er døgnberedskap på alle de seks somatiske sykehusene i Sykehuset Innlandet. Medisinsk mikrobiologi og patlogi er lokalisert til Lillehammer. Analysering av rusmidler utføres på Sanderud.

Det utføres årlig ca. 8,4 millioner analyser totalt, hvorav 4,4 millioner analyser er prøver fra primærhelsetjenesten.

Avdeling for medisinsk teknikk og behandlingshjelpemidler har enheter ved Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Kongsvinger og Tynset. Enheten for behandlingshjelpemidler er lokalisert til Elverum, med noe aktivitet på Gjøvik. Avdelingen for medisinsk teknikk utfører kontroll, service og reparasjoner på alt medisinsk teknisk utstyr i SI, fører register over alt medisinsk teknisk utstyr i SI og bistår avdelingene ved opplæring i bruk av utstyr.

Pasienter som behandles hjemme og har bruk for medisinsk teknisk utstyr og forbruksmateriell får dette tildelt via enhet for behandlingshjelpemidler. Dette er definert som spesialisthelsetjeneste og gjelder for pasienter i hele opptaksområdet.

Smittevern/hygienefunksjonen for Elverum, Hamar, Gjøvik og Lillehammer er organisert i Divisjon Medisinsk service. Avdelingen har en sentral rolle i det infeksjonsforebyggende arbeidet i Sykehuset Innlandet.

Medisinsk service	Antall (2013)
Årsverk	340
Budsjett (1 000 kr)	390 200

Figur 13: Medisinsk service

3.6 Eiendom og internservice

Divisjon Eiendom og internservice består av en rekke ulike fagområder som skal støtte opp rundt den kliniske virksomheten ved våre sykehus. Alle fagområdene har sentral avdelingsledelse med underliggende seksjoner som er lokalisert til de geografiske sykehusene. Divisjon Eiendom og internservice består av 8 avdelinger med ca. 630 årsverk og et budsjett i 2013 på 615 millioner kroner.

Divisjonen forvalter foretakets investeringsmidler på vegne av de andre divisjonene. Divisjonen er ansvarlig for innhenting, utredning, kvalitetssikring og gjennomføring av alle beslutninger knyttet til disponering av investeringsbudsjettet.

Divisjonen har følgende avdelinger:

- Eiendomsforvaltning og utvikling
- Forsyning og transport
- Matforsyning
- Renhold og tekstil
- Servicetorg
- Teknisk drift og vedlikehold
- Innkjøp og kontrakt
- Prosjekt- og porteføljeavdeling

Ett av divisjonens satsningsområder er energimerking og miljøsertifisering av bygningsmassen (se kapittel 5.3).

Eiendom og internservice	Antall (2013)
Årsverk	635
Budsjett (1 000 kr)	615 000

Figur 14: Eiendom og internservice



4. Virksomhetsmessig utviklingsplan

Utfordringer og mål som er beskrevet i foranstående kapitler forutsetter endringer i måten Sykehuset Innlandet strukturerer og organiserer tjenesten på:

- Befolkningssammensetning og behov endres
- Økende grad av spesialisering
- Økte krav til dokumenterbar kvalitet og standardisering
- Ansatte i helsesektorene blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst blir redusert for spesialisthelsetjenesten

Disse utfordringene kan bare løses gjennom en effektiv organisering og oppgavefordeling mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten og i et nært samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det vil være av avgjørende betydning for helsetilbudet til befolkningen at spesialisthelsetjenesten og kommunene sammen lykkes med å løse de nye oppgavene.

Scenarioer

«Strategisk fokus 2011–2014 Premisser, mål og utfordringer» var på bred høring både eksternt og internt i 2010, og det kom inn over hundre høringsuttalelser. Høringsrunden viste at det er stor enighet om det utfordringsbildet og de utviklingstrekk som helse-Norge og Sykehuset Innlandet står overfor.

På bakgrunn av denne høringen besluttet styret for Sykehuset Innlandet å utrede tre scenarioer for en fremtidig somatisk sykehusstruktur[9]:

1. Videreutvikling av dagens nettverksmodell
2. To akuttsykehus i Mjøsregionen med desentraliserte lokalsykehus/LMS-tilbud (lokalmedisinske sentra)
3. Ett akuttsykehus i Mjøsregionen med desentraliserte lokalsykehus/LMS-tilbud (lokalmedisinske sentra)

For scenarioene 2 og 3 ble det forutsatt utredning av følgende to alternativer:

A. Avvikling av sykehusene rundt Mjøsa (Gjøvik, Lillehammer, Hamar, Elverum) som ikke blir tillagt akuttfunksjon

B. Fortsatt aktivitet ved de sykehusene rundt Mjøsa (Gjøvik, Lillehammer, Hamar og Elverum) som ikke blir tillagt akuttfunksjon

I valget av scenarioer har styret lagt vesentlig vekt på styresak 108-2008 i Helse Sør-Øst om å samle faglige funksjoner.

Det strategiske valget om en fremtidig somatisk sykehusstruktur har vært retningsgivende i planarbeidet for de øvrige virksomhetsområdene.

Viktige drivkrefter

I vurderingen av scenarione mot 2025 er det sett på flere drivkrefter som vil være førende for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. De sterkeste endringsdriverne er:

- Befolkningsutvikling
- Sykdomsutvikling
- Medisinsk og teknologisk utvikling

Som beskrevet i kapittel 2, vil befolkningen i aldersgruppen over 67 år øke vesentlig, og bedre behandlingsmetoder gjør at flere kan leve lenger med sykdom. Når andelen eldre øker, går andelen yrkesaktive som skal utøve og finansiere helsetjenestetilbudet relativt sett ned. Tilgang til arbeidskraft vil legge rammer for hva den offentlige helsetjenesten kan klare å utføre av oppgaver.

Figur 15 viser befolkningsutviklingen i Innlandet[11]

[9] Styresak 025-2011 Utredning av scenarier i forbindelse med Strategisk fokus 2011-2014

[10] Styresak 108-2008 Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 1 hovedstadsprosessen.

[11] SSB-tall som ble lagt til grunn i «Strategisk fokus 2025». Tallene vil bli oppdatert i idéfasen.

Alder	Hedmark			Oppland		
	2010	2025	Vekst	2010	2025	Vekst
0-17	39.879	42.630	6,9%	39.289	41.082	4,6%
18-44	61.676	64.306	4,3%	60.961	63.002	3,3%
45-66	55.800	57.541	3,1%	53.315	55.581	4,3%
67-79	21.968	32.790	49,3%	21.153	30.958	46,4%
80+	11.386	12.192	7,1%	10.498	11.903	13,4%
Total	**190.709**	**209.459**	**9,8%**	**185.216**	**202.526**	**9,3%**

Figur 15: Befolkningsutvikling for Hedmark og Oppland (SSB). Kilde: Strategisk fokus 2025 - Beregning av arealbehov i ulike scenarier (Hospitalitet, 2012).

Forskning og medisinsk utvikling generelt bidrar til stadig flere og bedre behandlingsmuligheter. Den teknologiske utviklingen muliggjør nye former for diagnostikk og behandlingsmetoder. Dette er en utvikling som gjelder alle fagområder og som forventes å fortsette.

Avanserte behandlingstilbud er ikke mulig å gi uten medisinskfaglig spesialisering. Sykehuset Innlandet er innen flere fagområder avhengig av større avdelinger og samarbeid mellom avdelinger og faggrupper for å sikre tilstrekkelig kvalitet på tilbudet. Kvalitet i behandlingen er avhengig av teamarbeid, godt organiserte pasientforløp og samarbeid på tvers av fagområder.

Det vil også skje en utvikling i de prehospitale tjenester (ambulansetjenesten). Kompetansekravene vil øke, og medisinsk-teknisk utstyr vil øke muligheten til å sette i gang behandling utenfor sykehus i flere situasjoner. Ambulansehelikopter er et viktig medisinsk tilbud som gir høykompetent og avansert behandling med kort utrykningstid.

Utbygging av infrastruktur, for eksempel vei, IKT, bredbånd og annen teknologi, vil gjøre at personer, utstyr og kompetanse blir mer mobile. Dette vil gi mulighet for bedre utnyttelse av begrensede ressurser, økt trygghet for pasientene og større fleksibilitet i tjenestetilbudet.

4.1 Somatisk virksomhet

Utredning av de tre scenarioene er nedfelt i dokumentet «Strategisk Fokus 2025». Utredningen tar utgangspunkt i en målsetting om å komme frem til en hensiktsmessig somatisk sykehusstruktur for Mjøsområdet (Elverum, Hamar, Gjøvik og Lillehammer).

Faglig vurderingsgrunnlag

For å sikre en balansert utredning og avveining mellom de tre scenarioene i et 2025-perspektiv, er det tatt utgangspunkt i fire definerte effektmål. Effektmålene peker på hva en ønsker å oppfylle ved en fremtidig somatisk sykehusstruktur. Til hvert effektmål er det knyttet et sett med vurderingskriterier. Disse er satt for å sikre en sammenlignbar og dermed mest mulig likeverdig gjennomdrøfting av de ulike scenarioenes egnethet i forhold til de valgte vurderingskriteriene.

Effektmål og vurderingskriterier er forankret i styret for Sykehuset Innlandet, og består av[12]:

1) Trygge og gode tilbud

a. Organisering tilrettelagt for store pasientgrupper og de som bruker spesialisthelsetjenesten mest
b. Høyt kompetansenivå
c. Tilstrekkelig og oppdatert medisinsk-teknisk utstyr
d. Hensiktsmessige behandlingsfasiliteter (bygg)
e. Tilstrekkelig pasientgrunnlag til å kunne utføre spesialiserte funksjoner med god kvalitet
f. Mulighet for å ivareta de lovpålagte oppgavene utdanning og forskning

2) God tilgjengelighet

a. Forsvarlig reiseavstand ved akutt sykdom
b. Akseptabel reiseavstand ved tilstander som ikke er akutte
c. Tjenesten er til stede
d. Transporttilbud, infrastruktur (vei, tog, buss)

3) Organisering som underbygger gode pasientforløp

a. Samhandling/koordinering psykisk helse/TSB og somatikk
b. Arbeidsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
c. Rasjonell pasientflyt innad i spesialisthelsetjenesten
d. Forståelig organisering for henviser og pasient

[12] Styresak 070-2011 Status i arbeidet med Strategisk fokus / godkjenning av vurderingskriterier.

4) God ressursutnyttelse

a. Personell

i. Optimalisere bruk av ressurser ved at personell kan brukes til aktiv pasientbehandling fremfor passiv vaktberedskap

ii. Rasjonell bruk av tilgjengelig kompetanse

b. Økonomi

i. Driftsmidler/ daglig drift

ii. Bygningsmessig utvikling og vedlikehold

iii. Medisinsk-teknisk utstyr

Trygge og gode tilbud

Målet er å organisere og strukturere spesialisthelsetjenesten slik at det legges til rette for et godt tjenestetilbud av høy faglig kvalitet. Pasientene forventer det beste, og Sykehuset Innlandet må gi et tjenestetilbud som står i forhold til disse forventningene.

Et opptaksområde på om lag 400 000 innbyggere gir et godt utgangspunkt for å videreutvikle en god og robust spesialisthelsetjeneste med høy kvalitet og sterke fagmiljøer i et 2025-perspektiv.

Både pasienter, Sykehuset Innlandets eier Helse Sør-Øst RHF og tilsynsmyndigheter, etterspør i stadig større grad resultatdata som kan dokumentere kvalitet. Dokumentert kvalitet vil i fremtiden være en forutsetning for å kunne etablere og beholde behandlingstilbud.

I et helsevesen med fritt sykehusvalg, vil muligheten for å dokumentere god kvalitet være vesentlig for at pasientene skal velge sykehus i eget opptaksområde.

I styresak 108-2008 fra Helse Sør-Øst, som omtales nærmere i punktet under, legges det til grunn at et sykehusområde normalt skal dekke 80–90 prosent av befolkningens behov for tjenester (selvdekningsgrad). I Sykehuset Innlandet ligger selvdekningsgraden i dag i underkant av 80 prosent når det måles i aktivitet og pasientbehandling.

Føringer fra helsemyndigheter og eier

Styresak 108-2008 i Helse Sør-Øst gir føringer for hvordan kvaliteten i tjenestene kan bedres i tråd med nasjonal kvalitetsstrategi (jf. kapittel 1.1). Fra styresaken refereres:

Organisering av akuttfunksjoner og prehospitale tjenester

Akuttfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte-funksjoner skal som hovedregel samles under en ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde. Akuttmottak og akuttmedisinske behandlingskjeder skal bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial sortering/prioritering (triage), diagnostikk, behandling og pasientflyt. Det skal sikres effektive og trygge prehospitale tjenester med høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet, som understøtter den funksjonsdeling som etableres innenfor det enkelte sykehusområde og i regionen som helhet. Helse Sør-Øst vil gjennomføre en regional utredning av organiseringen av prehospitale tjenester.

Organisering av spesialiserte områdefunksjoner og regionale funksjoner

Spesialiserte områdefunksjoner skal som hovedregel samles ett sted innenfor et sykehusområde. Regionale funksjoner skal som hovedregel samles ett sted i regionen. Ved lokalisering av spesialiserte område- og regionale funksjoner må det tas hensyn til pasientenes behov gjennom en samlet faglig kvalitetsvurdering, faglige avhengigheter og ressursvurderinger. I sykehusområder der lokale forhold ikke ligger til rette for samling av spesialiserte funksjoner ett sted, må faglig kvalitet og effektiv ressursbruk ivaretas gjennom andre tiltak.

Med «områdefunksjoner» menes spesialiserte funksjoner som bare skal være på ett sted i hvert sykehusområde, for eksempel karkirurgi, urologi, nevrologi og hematologi.

I etterkant av styresak 108-2008 har det kommet mer detaljerte føringer innenfor noen enkeltområder.

I den nasjonale rapporten «Organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem»[13], påpekes avhengigheten mellom forskjellige fag ved sykehus som mottar hardt skadde. Føringene er gjort gjeldende for helseforetakene i Helse Sør-Øst.

Videre vises til Helsedirektoratets veileder «Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen» fra 2010[14], hvor det fastsettes faglige kvalitetskrav for fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker. For å oppfylle disse kvalitetskravene, etablerte Sykehuset Innlandet kvinneklinikk i 2013.

Det vises også til styresak 085-2010 i Helse Sør-Øst hvor krav til organisering av kreftomsorgen gjennomgås. I styresaken vises det til at det i fremtiden vil være behov for spesialisert medisinsk kompetanse og utstyr utover det som i dag finnes ved lokalsykehusene. Det vil bli stilt større krav til at flere fagpersoner samarbeider om behandlingen av kreftpasienter. For eksempel at kreftlege, røntgenlege, kirurg og patolog samarbeider i team om behandlingsopplegget.

Med bakgrunn i omstillingsprogrammet i 2007-2008 nedsatte Helse Sør-Øst RHF et midlertidig regionalt utvalg som skulle gi råd om funksjonsfordeling innen ortopedi, revmakirurgi og revmatologi.

[13] Rapporten av 09.10.07, heretter omtalt som den nasjonale traumerapporten, er utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av de fire regionale helseforetakene, ble behandlet av de adm. direktører i RHF'ene i 2008, og implementert i alle helseforetak i Helse Sør-Øst i 2010.

[14] Rapport IS 1877 utgitt av Helsedirektoratet i desember 2010.

Organisering av virksomheten innenfor de tre fagområdene på område- og regionnivå må oppfylle volumkrav og krav til spesialkompetanse, som må være tilgjengelig. Sykehuset Innlandet har områdefunksjon innenfor disse fagområdene så lenge foretaket oppfyller kvalitetskravene.

Avhengighet mellom fagområder

Avhengigheten mellom indremedisin og kirurgi er en sentral problemstilling i strukturdiskusjonen. Faggruppe for indremedisin i Sykehuset Innlandet uttalte våren 2010 følgende i forbindelse med oppstarten av dette strategiske arbeidet: «En akuttmedisinsk avdeling må ha nødvendige samarbeidspartnere, så som anestesi/intensiv, laboratorieservice, billeddiagnostikk og gastrokirurgi, tilgjengelig på døgnbasis ved samme geografiske sted[15].

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) – Meld. St. 16 (2010–2011), åpner helsemyndighetene opp for at det skal kunne tilbys akuttfunksjoner i indremedisin uten at full kirurgisk beredskap er tilgjengelig på samme sted: «Lokalsykehus med akuttfunksjon må som et minimum ha indremedisinsk akuttberedskap, samt kompetanse til å utføre enklere kirurgiske prosedyrer på døgnbasis.»

Akuttfunksjonene i kirurgi og indremedisin har gjensidig nytte av samlokalisering. Disse store fagene legger grunnlag for fagmiljøer som også involverer andre fag slik som anestesi/intensivmedisin, bildediagnostikk og laboratoriefag. Det kan også argumenteres for nytte av samlokalisering mellom andre fag enn disse.

Ved oppgavefordeling hvor et sykehus mister ett fagfelt, kan det være risiko for at andre fagmiljøer svekkes. For eksempel vil fjerning av kirurgi kunne få konsekvenser for gjenværende anestesi og indremedisin.

Behovet for samling av spesialisert medisinsk virksomhet avhenger av den medisinske utviklingen. Det foregår både samling og desentralisering parallelt. Utredning og behandling som i dag er samlet regionalt kan bli desentralisert på et senere tidspunkt.

Sykehuset Innlandet må etablere en struktur som gjør det mulig å beholde tjenester som forutsettes samlet. Videre er det viktig å ha en struktur som gjør Sykehuset Innlandet i stand til å ta over regionale funksjoner.

De vanlige problemstillinger

Beskrivelsene over viser at utviklingen av den spesialiserte medisinen på mange måter er førende for sykehusstrukturen gjennom behov for samling av funksjoner.

Samtidig er det viktig å planlegge for vanlige problemstillinger som ikke krever høyt spesialisert kompetanse. Dette gjelder mange pasienter som kan ivaretas på lokalsykehus med vanlig utstyr og generell kompetanse.

Kronisk syke og eldre med sammensatte lidelser er store pasientgrupper som kan ha behov for en bred faglig tilnærming. Pasienter med antatt enkelt behandlingsbehov kan vise seg å ha behov for, eller utvikle behov for, høyt spesialisert behandling. Slik behandling er ikke mulig å gi ved alle sykehusene i en modell der funksjonene er fordelt på forskjellige steder.

Når breddekompetansen[16] skal ivaretas av team, stiller dette krav til gode samarbeidsrutiner og god pasientflyt. Generelt kan det hevdes at jo flere personer og enheter som skal samarbeide om behandlingen, desto mer ressurser må brukes på intern koordinering. Hvor skjæringspunktet mellom nytte av samling og ulemper knyttet til en stor og kompleks enhet ligger, avhenger av en rekke forhold. Det er foretatt en del internasjonal forskning på hva som er hensiktsmessig sykehusstørrelse, men konklusjonene er ikke entydige.

I forhold til Samhandlingsreformen er målsetningen at mer av de «alminnelige» behandlingstilbudene, også de akutte, skal kunne gis i kommunene. Hvordan dette vil påvirke etterspørselen av spesialisthelsetjenester er foreløpig usikkert. Det er imidlertid grunn til å anta at relativt sett flere av innleggelsene vil være akutt alvorlig syke pasienter med behov for høyt spesialisert kompetanse hvor generell kompetanse alene ikke vil være tilstrekkelig.

Brukernes forventninger

Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet har klare forventninger til Sykehuset Innlandet. I høringsuttalelsen til innledende runde av Strategisk fokus, datert 11. november 2010, fremheves følgende:

«I årene som kommer vil det bli stadig flere eldre. Utfordringen blir å skape fagmiljøer som er robuste nok til å håndtere fremtidig behandling. Det blir flere eldre med multidiagnoser. Disse må kunne forvente å bli behandlet på ett sted og med god kvalitet.»

«Kvaliteten og mulighetene må være slik at befolkningen ønsker å bli behandlet ved eget helseforetak.»

«Rådet mener det er best for brukeren at det bygges opp store og robuste fagmiljøer med høy kompetanse og som blant annet kan utdanne eget helsepersonell og ikke minst drive forskning på et høyt nivå. Vi mener det er viktig at fagmiljøene ikke brytes opp i mange små, og kanskje sårbare enheter.»

[15] Sluttrapport tilgjengelig på Sykehuset Innlandets nettsider: «Strategisk fokus 2011–14 Indremedisinsk gruppe, ferdigstilt 15. juni 2010, s. 1 («Oppsummering av gruppens konklusjon»).

[16] Med breddekompetanse menes kunnskap, kompetanse og teknologi som kreves for å helhetlig ivareta en pasient med en uavklart eller sammensatt problemstilling med et bred faglig perspektiv.

«For å kunne utnytte mulighetene med den nye teknologien mener vi det er viktig med store og robuste miljøer som vil tiltrekke seg fagfolk. Nyutviklet teknologi er ressursbesparende, men samtidig kunnskapskrevende. Fremtidig mål må være bærekraftig både i forhold til utvikling og økonomi. Brukerens behov må være førende for prioritering og tilrettelegging. Endringer må forutsette forbedring av behandling og kortere ventetid, samt prosedyrer, lokaler, utstyr og pleie som har pasienten i sentrum.»

I en planlagt behandlingssituasjon er det rimelig å anta at de fleste pasientene vil akseptere en relativt lang reiseavstand dersom de vet at de vil få et godt behandlingstilbud når de kommer frem til sykehus. I et helsevesen med fritt sykehusvalg, vil det alltid være en mulighet for pasientene å velge sykehus utenfor eget opptaksområde.

Dersom Sykehuset Innlandet skal opprettholde/øke dekningsgraden, må dagens gode kvalitet opprettholdes og videreutvikles.

Kompetanse, rekruttering og bemanning

For å kunne tilby trygge og gode tilbud til pasientene, må Sykehuset Innlandet rekruttere, utvikle og beholde medarbeidere med riktig og god kompetanse.

Frem mot 2025 ventes det å bli mangel på helsefagarbeidere og sykepleiere, spesielt jordmødre, anestesi- og operasjonssykepleiere. Tilgang på leger ventes å være tilfredsstillende fram mot 2020, forutsatt at Sykehuset Innlandet selv bidrar til utdanning og spesialisering. Det vil likevel bli behov å styrke kompetansen blant annet innen onkologi (kreftmedisin), indremedisin, eldremedisin, radiologi, fysikalsk medisin og rehabilitering[17].

I samhandlingsreformen forutsettes at en større andel av helsepersonell rekrutteres til kommunene i stedet for til spesialisthelsetjenesten. Dette vil bidra til å forsterke spesialisthelsetjenestens rekrutteringsutfordring.

Utdanning av helsepersonell er en lovpålagt oppgave for helseforetak. Utdanningen er ulikt organisert for de forskjellige helsepersonellgruppene. Det er en erfaring at den beste måten å sikre rekruttering av helsepersonell på, er å utdanne dem i eget foretak. For eksempel vil det være slik at jo større del av spesialistutdanningen for leger som kan utføres i eget fore tak, desto større er sannsynligheten for at de blir værende etter endt spesialistutdanning.

I dag er det kun innen hovedspesialitetene psykisk helsevern og fysikalsk medisin og rehabilitering at Sykehuset Innlandet tilbyr hele utdanningsforløpet.

Med flere sykehus med akuttfunksjoner vil en binde opp mye personalressurser i hvilende vaktordninger som i prinsippet kunne vært benyttet til aktiv pasientbehandling. I en situasjon med økende pasienttilgang, knappe personalressurser og mangel på kompetanse, er det viktig å anvende en så stor andel av ressursene som mulig til aktiv pasientbehandling.

Oppretting av vaktlinjer innenfor grenspesialiteter gir en faglig merverdi og en bedre kvalitet på behandlingen, men reduserer tilstedeværelsen på dagtid og representerer en kostnad. I en oppdelt sykehusstruktur med flere akuttsykehus, vil det være vanskelig å ha tilgang på tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å kunne ha vaktlinjer innenfor grenspesialiteter ved alle sykehusene.

Forskning

Forskning er en lovpålagt oppgave. Den regionale strategien for forskning 2013-2016 sier at samlet ressursbruk til forskning på lengre sikt skal øke til fem prosent av helseregionens driftsbudsjett.

Forskning bidrar til forbedring av pasienttilbud. Mulighet for å drive forskning virker også rekrutterende på personell. Uavhengig av fremtidig struktur, vil Sykehuset Innlandet med ledelsesforankring og god organisering kunne sikre god forskningsaktivitet[18].

Medisinsk-teknisk utstyr

Moderne diagnostikk og behandling forutsetter i økende grad oppdatert medisinsk-teknisk utstyr (MTU). Sykehuset Innlandet har en sykehusstruktur som er meget utstyrskrevende med et høyt antall medisinske utstyrsenheter og således relativt få innbyggere per utstyrsenhet.

Dagens struktur og driftsform gjør at Sykehuset Innlandet vil ha problemer med å skaffe nok midler til investeringer, slik at foretaket på en tilfredsstillende måte kan følge med i den teknologiske utviklingen innenfor medisinsk-teknisk utstyr.

Dersom Sykehuset Innlandet skal ha mulighet til å være i front og følge med i den medisinske utviklingen slik som pasientene forventer, vil det være behov for en betydelig fornying og oppgradering av medisinskteknisk utstyr. Dette gjelder også annet teknisk utstyr og investeringer innefor informasjonsteknologi. Verdien av det medisinsk-tekniske utstyret er i dag ca 900 mill. kr (målt i innkjøpspris). En gjennomsnittsmodell tilsier et utskiftingsbehov på ti prosent av samlet medisinsk-teknisk utstyrsportefølje. Dette gir et årlig behov på nærmere 90 mill. kr for å opprettholde utstyrsparken. Den gjennomgående alder på det medisinsk-tekniske utstyret er nå drøyt ti år.

[17] Rapport fra Helse Sør-Øst RHF fra 2011: «Arbeidskraft og kompetanse mot 2020. Sentrale faktorer som påvirker behovet for arbeidskraft og kompetanse».

[18] Da de ulike scenarioene ble beskrevet i 2011-2012 ble det utover dette omtalt en mulighet for å utvikle universitetsfunksjoner i Scenario 3. Se «Strategisk fokus 2025» for nærmere omtale.

Utstyrsbehovet og tilhørende kostnader vil bli utredet i senere planfaser.

Hensiktsmessig bygg

Dagens sykehus er bygget for en annen tid, med vekt på plass til pleie og overnatting. Sykehusenes rolle vil endre seg. Pleieoppgaver vil i større grad bli et kommunalt ansvar. Fremtidens sykehus vil være mer rettet mot diagnostisering, utredning og spesialisert behandling. Dette innebærer at fremtidens sykehus vil ha behov for mindre areal til overnatting og pleie, og mer areal til utredning og behandling.

Medisinen er i kontinuerlig utvikling, og behov, krav og forventninger vil endre seg raskere. Det er derfor viktig med fleksible sykehusbygg som kan tilpasses endrede behov.

God tilgjengelighet

God tilgjengelighet oppfattes ofte som et spørsmål om geografisk nærhet til sykehus. I høringsdokumentet Strategisk fokus 2025 drøftes både forsvarlig reiseavstand ved akutt sykdom, og akseptabel reiseavstand ved tilstander som ikke er akutte.

Responstider ved akutt sykdom/skade

Prehospital responstid er definert som tiden fra meldt behov til ambulanse er fremme hos pasienten. Spesifiserte krav til responstid er ikke nedfelt i lov/forskrift. I bakgrunnsarbeidet for NOU 1998:9 «Hvis det haster… Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap», er det angitt en målsetting om av 90 % av befolkningen i tettbygde strøk skal nås innen 12 minutter og at befolkningen i grisgrendte strøk skal nås innen 25 minutter. Største del av områdene i Innlandet faller inn under kravet på 25 minutter.

Bilambulanser og ambulansehelikoptre er utstyrt med diagnostiske hjelpemidler for en del akuttsituasjoner, og kan iverksette sykdomsbegrensende og livreddende behandling før ankomst til sykehus. Andre tilstander kan ikke diagnostiseres i tilstrekkelig grad før ankomst til sykehus

Ankomst til sykehus innen en halvtime vil for mange tilstander være optimalt, og innen en time godt nok for de fleste. For store deler av Norge er transporttiden ikke innenfor disse grensene. Det er den derimot for store deler av befolkningen i Innlandet.

I forhold til responstid er lokalisering av ambulanser således mer utslagsgivende enn valg av sykehusstruktur. Forsvarlig reiseavstand, og dermed reisetid for akuttpasienter, må vurderes ut fra den samlede tid som medgår fra behov er oppstått til hjelp med riktig/relevant behandlingstilbud på sykehus kan tilbys.

Samlet tid fra meldt behov til pasienten er fremme ved kvalifisert behandlingstilbud i sykehus, påvirkes av både sykehusstruktur/avstand til sykehus og det faglige tilbudet som gis på sykehusene. Forsvarlig reiseavstand avhenger derfor av mer enn antall kilometer mellom stedet hvor pasienten hentes og nærmeste sykehus.

God tilgang på luftambulansetjeneste vil være et viktig tilbud for å sikre kort transporttid ved akutte hendelser. Dette er nærmere omtalt i kapittel 4.4.

Tilgjengelighet ved tilstander som ikke haster

En pasient med en kronisk lidelse som har behov for ukentlig kontakt med spesialisthelsetjenesten, har naturlig nok en annen oppfatning av «akseptabel» reiseavstand enn en pasient som kun har behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten et fåtall ganger, eller i en avgrenset periode. Hvor mye tid som brukes til å forflytte seg mellom hjem og behandlingsenhet er viktig for opplevelsen av et godt tilbud.

«Akseptabel» reiseavstand for de pasientgruppene som ikke har behov for hyppig kontakt, er ivaretatt i alle scenarioene. Dette begrunnes ut fra følgende betraktninger: Hovedparten av pasientgrunnlaget er i Mjøsregionen. En forlenget reisevei på mellom 20–50 minutter for å få en ikke akutt tilstand utredet og behandlet et fåtall ganger, anses ikke å representere noen vesentlig ulempe for pasientene.

Nærhet og kvalitet

Det som i stor grad skiller scenarioene, er muligheten til å innfri kriteriet «Tjenesten er til stede». Brukerorganisasjonene er tydelige på at nærhet ikke bare handler om avstand til et sykehus i seg selv, men om nærhet til kvalitativt god behandling.

I høringsuttalelsen til Brukerutvalget er det understreket at «Med dagens teknologi og en godt utbygd ambulansetjeneste, herunder luftambulanse, vil nærhetsbegrepet i større grad, bli knyttet til det sykehuset som kan gi best behandling.[19]»

Gevinsten ved å ha mange akuttenheter i Innlandet må avveies mot gevinsten ved å kunne samle kompetanse og medisinskteknisk utstyr som bidrar til å heve kvaliteten.

Som vist under effektmålet «Trygge og gode tilbud», må stadig flere behandlingstilbud samles til færre steder for å kunne sikre god kvalitet. Dette innebærer at ikke alle sykehus kan gi de samme tilbudene til pasientene. Som konsekvens, vil det derfor ikke alltid være slik at det sykehuset som ligger nærmest der pasienten bor eller nærmest et ulykkessted i geografisk avstand, er det rette sykehuset til å ta imot pasienten.

Det vil bli faglige og innholdsmessige forskjeller på sykehusene avhengig av valg av scenario. Kort avstand mellom bosted og sykehus er en positiv faktor så fremt sykehuset har nødvendig kompetanse, bemanning og utstyr til å undersøke og behandle pasienten.

[19] Høringsuttalelse av 11.11.2010, s. 2.

Organisering som underbygger gode pasientforløp

Helse Sør-Øst har pålagt Sykehuset Innlandet å legge til rette for helhetlige pasientforløp. Dette omtales blant annet i Strategisk utviklingsplan 2009–2012 for Sykehuset Innlandet:

«Et av de sentrale målene innenfor nasjonal helsepolitikk er å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene, sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp og behandling på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Spesialisthelsetjenesten har en lovfestet plikt til å bistå kommunehelsetjenesten med råd/veiledning og kompetanseoppbygging.»

Pasientforløp handler om samhandling både mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og innad i spesialisthelsetjenesten. Utvikling av samhandlingsarenaer i kommunal regi er en forutsetning uavhengig av scenariovalg.

Samhandling med primærhelsetjenesten er en naturlig del av den daglige kliniske virksomheten i avdelingene. Samhandling vil i fremtiden også være deltakelse i samhandlingsarenaer utenfor sykehusene, noe som vil representere en endring i arbeidsmåte og være ressurskrevende. Nærhet til samhandlingsarena vil kunne påvirke muligheten til å delta. De forskjellige scenarioene drøftes i forhold til evne til å delta på samhandlingsarenaer.

Når det gjelder koordinering mellom psykisk helsevern og somatiske tjenester, har en i utredningen lagt til grunn at det vil være mulig å få til god samhandling i alle scenarioer.

Scenario 1

Scenariobeskrivelse hentet fra «Strategisk fokus 2025»:

Scenario 1 lyder: «Videreutvikling av dagens nettverksmodell».

Styret vedtok i styresak 070-2011 premisser for hvordan Scenario 1 skal forstås/tolkes. To tidligere styrevedtak ble lagt til grunn:
- *Styresak 043-2006 – Strategisk plan for Sykehuset Inn landet. Struktur og investeringer i et perspektiv 2006–2020*
- *Styresak 057-2008 – Strategisk Utviklingsplan 2009–2012*

SI Elverum-Hamar

På bakgrunn av disse styresakene legges til grunn at dagens SI Hamar erstattes av et nytt somatisk sykehus på Sanderud. I et utviklingsperspektiv vil det være uhensiktsmessig å ha akuttsykehus både på Sanderud og i Elverum. Det vil trolig også være vanskelig å få tilslutning fra eier om å bygge et nytt akuttsykehus med bare et par mils avstand fra et annet akuttsykehus. I Scenario 1 legges derfor til grunn at akutt funksjonene samles til enten Elverum eller Sanderud når det nye sykehuset på Sanderud blir etablert.

Det sykehuset som ikke blir tillagt akuttfunksjonen blir et rent elektivt sykehus med dagkirurgi, elektiv kirurgi, pasienthotell og femdøgns post med mer.

SI Lillehammer og SI Gjøvik

I styresak 043-2006 ble det vurdert at størrelsen på sykehusene ga grunnlag for å videreføre og videreutvikle både SI Gjøvik og SI Lillehammer som allsidige akuttsykehus. I de ressursmessige vurderingene i Scenario 1, tas det derfor utgangspunkt i at det fortsatt skal være allsidig akuttsykehus både på Gjøvik og i Lillehammer. En dynamisk modell som skal ivareta helhetlig ressursutnyttelse og oppfylle nasjonale krav til volum og kvalitet[20], bør tilsi organisering av SI-Gjøvik og SI Lillehammer i en felles divisjon på samme måte som organiseringen av SI Elverum-Hamar.

I Scenario 1 vil det innen og etter 2025 med stor sannsynlighet bli behov for funksjonsfordelinger ut over dagens funksjonsfordeling. Innholdet i sykehusene vil måtte avstemmes i forhold til helsepolitiske føringer, krav fra eier, faglige utviklingstrekk og fremtid pasientstrøm/-grunnlag.

Trygge og gode tilbud

Føringer fra helsemyndigheter og eier

Scenario 1 oppfyller i liten grad styresak 108-2008 i Helse Sør-Øst om samling av akuttfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner.

I Scenario 1 vil fordeling av spesialiserte funksjoner gjøre at sykehusene på sikt neppe vil kunne ha komplette tilbud.

Avhengighet mellom fagområder

Den faglige utviklingen med økende grad av spesialisering vil bidra til ytterligere funksjonsdeling i et 2025 perspektiv. Ved tilstander med krav til bredde i utredning og behandling er det risiko for at pasienten må flyttes mellom sykehus for å få et komplett tilbud. Alternativt må pasienten overflyttes til sykehus med regionfunksjoner.

I akuttsituasjoner er det ikke alltid enkelt å avgjøre hvor pasienten vil kunne få adekvat behandling. Dette gjelder et mindretall av akutte pasienter, men ofte de dårligste. Denne utfordringen vil øke med ytterligere funksjonsfordeling.

Faglig utvikling, hensyn til forsvarlig vaktbelastning og overordnede føringer innen kreftkirurgi, kan gjøre det nødvendig å samle gastrokirurgiske funksjoner (bløtdelskirurgi) enda mer enn i dag. I så tilfelle vil det ikke være mulig å ha bløtdelskirurgisk akuttberedskap ved alle sykehus i Scenario 1. Dette kan føre til en situasjon hvor indremedisinske avdelinger ikke vil ha tilgang til gastrokirurgisk kompetanse ved eget sykehus.

[20] Ref. styresak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF

Behovet for pasienttransport mellom sykehusene vil etter all sannsynlighet øke i Scenario 1. Et avbøtende tiltak for å redusere behovet for pasienttransport, er at helsepersonell pendler mellom sykehusene, og at gode IKT løsninger og telemedisinske løsninger etableres. Standardisering av utredning og behandlingsforløp er nødvendig for at samarbeidet mellom enhetene skal gå så smidig som mulig.

Det er risiko for at en i Scenario 1 må leve med konflikter i fagmiljøene knyttet til funksjonsfordelinger i mange år fremover.

De enkle og de vanlige problemstillinger

Pasienter med enkle og vanlige problemstillinger forventes å bli tilfredsstillende ivaretatt ved alle sykehus i Scenario 1. Enklere planlagt behandling og polikliniske tjenester kan tilbys ved flere steder enn der akuttvirksomheten er lokalisert.

Brukernes forventninger

I en oppdelt sykehusstruktur vil det ikke være mulig å imøtekomme brukerutvalgets forventninger om samling. Pasientgrunnlaget til Sykehuset Innlandet kan svekkes over tid hvis pasientene velger tilbud fra sykehus utenfor Sykehuset Innlandet.

Kompetanse, rekruttering og bemanning

Grunnutdanning av helsepersonell vil kunne ivaretas i Scenario 1. Deler av spesialistutdanningen av leger vil kunne gis med god kvalitet. Det kan imidlertid bli utfordrende å få tillatelse til å legge større deler av spesialistutdanningene til Innlandet enn hva som er tilfelle i dag.

Når det gjelder rekruttering vil det i Scenario 1 være utfordrende å skape fagmiljøer som er store nok til å gi lovlige og attraktive arbeidstidsordninger og mulighet for kompetanseutvikling. Usikkerhet knyttet til videre behov for funksjonsfordeling og fare for faglig stagnasjon grunnet små fagmiljøer, kan gi rekrutteringsproblemer og stor turnover i en del stillinger.

Scenario 1 gir uendret reiseavstand til arbeid for de fleste ansatte.

Hensiktsmessige bygg

I Scenario 1 beholdes mye av dagens bygningsmasse. Den er i varierende grad tilrettelagt for moderne sykehusdrift og mangler i stor grad eneromstandard. Tilrettelegging krever ombygging og nybygg.

Medisinsk-teknisk utstyr

Mulighetene for å ha oppdatert tilbud og aktiv bruk av medisinsk-teknisk utstyr ved alle sykehus, vil i Scenario 1 begrenses av økonomiske og personellmessige ressurser.

Det vil også være sårbarhet ved driftsstans grunnet service, reparasjoner, havari med mer, fordi man i liten grad vil ha flere utstyrsenheter av samme type på samme sted.

God tilgjengelighet

I akutte situasjoner er det viktig at pasienten får rask adekvat behandling. Dette avhenger av en god prehospital tjeneste og at det sykehuset pasienten sendes til, kan tilby tilfredsstillende utredning og behandling. Plassering av ambulanser er i de fleste tilfeller mer utslagsgivende enn valg av sykehusstruktur.

For pasientgrupper som bruker sykehus ofte, og som ikke trenger avansert behandling, kan nærhet til tilbudet være viktig. For disse pasientgruppene fremstår Scenario 1 som en god strukturmodell fordi den geografiske avstanden forblir slik som i dag, med et sykehus i hver av de største byene i Mjøsområdet.

I en planlagt behandlingssituasjon antas det at de fleste brukere finner det akseptabelt å reise for å få den best tilgjengelige behandling. I Scenario 1 er det viktig med en godt definert samarbeidsmodell, der pasientforløp er klart beskrevet i forhold til oppgaver og ansvar.

I høringsuttalelsen til Brukerutvalget er det understreket at «Med dagens teknologi og en godt utbygd ambulansetjeneste, herunder luftambulanse, vil nærhetsbegrepet i større grad, bli knyttet til det sykehuset som kan gi best behandling»[21].

I Scenario 1 er nærhet til tilbudet avhengig av at nærmeste sykehus har den kompetansen eller det medisinsk-tekniske utstyret som pasienten trenger, eller om pasienten må transporteres videre til et annet sykehus i Innlandet, eller til Oslo, Lørenskog eller Trondheim.

Organisering som underbygger gode pasientforløp

I Scenario 1 vil sykehusene ha uforandret tilknytning til nærmiljøet. Dette innebærer at kjent struktur og etablerte miljøer danner grunnlag for utvikling av samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette er en fordel med Scenario 1.

På grunn av den funksjonsdeling som er nødvendig i nettverksmodellen, vil ikke alle sykehusene kunne ha både områdesykehusfunksjoner og lokalsykehusfunksjoner.

I en nettverksmodell vil en økende funksjonsdeling i fremtiden bidra til at flere deler av et pasientforløp fra initial vurdering og undersøkelse til behandling og oppfølging vil omfatte flere geografiske enheter. I 2025 vil flere tilbud være funksjonsdelt slik at behovet for pasienttransport mellom sykehusene vil øke.

[21] Høringsuttalelse av 11.11.2010, s. 2.

Gode pasientforløp fordrer at den som henviser kjenner den gjeldende funksjonsfordelingen i Innlandet og kan henvise pasienten til rett sykehus. Nærheten til sykehuset får endret verdi når sykehuset mister fagtilbud slik at pasient og henviser må forholde seg til flere sykehus som nærmeste «samhandlingspartner».

Scenario 1 representerer en sykehusstruktur som kan legge til rette for nærhet til akuttilbud og tilbud til pasientgrupper med enkle lidelser som bruker spesialisthelsetjenester ofte.

Brukerorganisasjonene har i sine uttalelser gjentatte ganger påpekt ulempen knyttet til å bli sendt mellom flere sykehus i et sykdomsforløp. Denne utfordringen er størst i Scenario 1.

Et avbøtende tiltak kan i noen tilfeller være økt bruk av IKT-løsninger for koordinering av pasientforløp, for eksempel videokonferanse. Det er også mulig å tenke seg ambulerende spesialister.

God ressursutnyttelse

På lang sikt vil Scenario 1 neppe ha økonomiske eller personellmessige ressurser til å utvikle tilstrekkelig robuste fagmiljø ved alle sykehusene. Dette gjelder særlig i de fag som skal ha vaktordninger på døgnbasis. Ytterligere utvikling i retning av grenspesialisering øker denne utfordringen. Fagmiljø må ha tilstrekkelig arbeidsoppgaver på vakttid og dagtid for å kunne forsvares ift ressursbruk. Dette vil være vanskelig å få til i Scenario 1. I Scenario 1 vil Sykehuset Innlandet binde opp uforholdsmessig mye ressurser i hvilende (passiv) vakt.

I Scenario 1 blir dagens struktur i stor grad opprettholdt. Dette innebærer at det kreves betydelige investeringer ved alle nåværende sykehus for å oppgradere medisinsk-teknisk utstyr og bygningsmassen til et akseptabelt nivå og med riktig kapasitet.

Vurderingene i kapittel 5.4 viser at Scenario 1 med akuttsykehus i Elverum og elektivt sykehus som erstatningssykehus for SI Hamar på Sanderud, kommer best ut av alle scenarioene når det gjelder investeringsbehov. I denne løsningen vil imidlertid mye av dagens bygningsmasse bli opprettholdt, og det vil ikke være mulig å gi denne bygningsmassen samme standard/kvalitet som nybygg med den oppgraderingen som er lagt til grunn i beregningene. Som beskrevet i kapittel 5.4, vil det bli foretatt beregninger av nåverdi i idéfasen.

Samlet vurdering av Scenario 1

Scenario 1 – muligheter

Scenario 1 vil gi nærhet til spesialisthelsetjenesten for pasienter med vanlige, enkle og avklarte tilstander. Dette vil gi pasientene og befolkningen generelt en grunnleggende opplevelse av trygghet. Dette medfører blant annet at kronikere som benytter spesialisthelsetjenesten ofte vil ha nærhet til dette tilbudet, og at man opplever kort avstand til sykehus i akutte situasjoner. For ansatte vil Scenario 1 representere uforandret reiseavstand til arbeid.

Modellen ivaretar også dagens grunnutdanning av helsepersonell i Sykehuset Innlandet, og sikrer fortsatt mulighet for at deler av spesialutdanningen av leger kan gjennomføres i Innlandet.

Scenario 1 er også tilrettelagt for gode samhandlingsarenaer mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Scenario 1 – utfordringer

Scenario 1 imøtekommer ikke føringer fra Helse Sør-Øst om samling av akuttsykehus- og områdesykehusfunksjoner, jf. styresak 108-2008. Scenario 1 imøtekommer heller ikke brukerutvalgets klare tilrådning og forventning om samling av sykehusfunksjoner i ett sykehus.

Krevende og energitappende funksjonsfordelingsdiskusjoner mellom sykehusene vil ved videreføring av denne modellen fortsette. Det vil også bli vanskelig å opprettholde både akuttberedskap innenfor bløtdelskirurgi og indremedisin ved de akuttsykehusene som i dag har dette samlokalisert.

Scenario 1 er ressurskrevende i forhold til bemanning, og modellen gjør det vanskelig å oppfylle arbeidsmiljølovens krav i forhold til vaktordninger. Modellen er også sårbar i forhold til rekruttering og det å sikre robuste fagmiljøer.

En oppdelt sykehusstruktur vil kreve mange vaktordninger, og uforholdsmessig mye personellressurser vil gå med til passiv vakt i stedet for aktiv pasientbehandling. Modellen er også meget ressurskrevende i forhold til medisinsk-teknisk utstyr og gjør driften sårbar ved utstyrshavarier.

Det er også grunn til å nevne at videreutvikling av dagens struktur vil kunne gi begrensninger på grunn av de fysiske forutsetningene/rammebetingelsene ved sykehusene. Både sykehusene i Gjøvik og Lillehammer ligger nokså inneklemt på relativt små tomter i bysentra/villabebyggelse.

Scenario 1 i «Strategisk fokus 2025» legger til grunn at dagens SI Hamar erstattes av et nytt somatisk sykehus på Sanderud.

Scenario 2

Scenariobeskrivelse hentet fra «Strategisk fokus 2025»:

Scenario 2A lyder: «To akuttsykehus i Mjøsregionen med desentraliserte lokalsykehus/LMS-tilbud (lokalmedisinske sentra). Avvikling av sykehusene rundt Mjøsa (Gjøvik, Lillehammer, Hamar, Elverum) som ikke blir tillagt akuttfunksjon».

Scenario 2 innebærer en struktur med to akuttsykehus i Mjøsregionen – ett i hvert fylke.

Det legges til grunn at de store fagområdene har akuttfunksjoner ved begge sykehus. Med det menes indremedisin, gastrokirurgi, ortopedi, gyn/føde, barn og anestesi/intensiv.

I forhold til laboratoriemedisin vil det være naturlig å ha medisinsk biokjemi og immunologi og transfusjonsmedisin på begge steder. Patologi og medisinsk mikrobiologi er i dag samlet, og det anses som hensiktsmessig å videreføre en samling.

De fagområdene som i dagens struktur er funksjonsfordelt til kun ett sykehus, vil i dette scenarioet fortsatt være funksjonsfordelt til ett sykehus. Innenfor de store fagområdene vil en i dette scenarioet legge til grunn en viss grad av fordeling av funksjonene innenfor de mest spesialiserte områdene. Områdefunksjoner og mindre fagområder fordeles i utgangspunktet jevnt mellom de to sykehusene.

Scenario 2B lyder: «To akuttsykehus i Mjøsregionen med desentraliserte lokalsykehus/LMS-tilbud (lokalmedisinske sentra). Fortsatt aktivitet ved de sykehusene rundt Mjøsa (Gjøvik, Lillehammer, Hamar og Elverum) som ikke blir tillagt akutt funksjon».

I dette scenarioet fordeles funksjonene ved akuttsykehusene som i Scenario 2A, med to akuttsykehus i Mjøsregionen, ett i hvert fylke.

I Scenario 2B forutsettes det aktivitet ved sykehusene som ikke blir tillagt akuttfunksjon. Aktiviteten vil kunne bestå av dagtjenester, og det må foretas en avveiing ift hva som er hensiktsmessig ut i fra tilgjengelige ressurser. I en slik avveining vil behovet til de store pasientgruppene være viktig.

Bildediagnostikk og laboratorietjenester skal være tilgjengelig på dagtid ved begge sykehus som ikke tillegges akuttfunksjoner. Ved et av sykehusene legges til grunn at det etableres en større enhet for dagkirurgi og elektiv kirurgi med pasienthotell og femdøgns post.

Trygge og gode tilbud

Føringer fra helsemyndigheter og eier

Scenario 2 møter kun i en viss utstrekning føringene fra Helse Sør-Øst i styresak 108-2008 om samling av akuttfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner.

I Scenario 2 vil samling av funksjoner gjøre at ingen av de to akuttsykehusene vil kunne ha komplette tilbud. Muligheten er likevel bedre enn i Scenario 1 i forhold til å tilby nødvendig bredde innenfor de tilbud hvor breddetilnærming er nødvendig.

Scenario 2 og særlig 2B legger til rette for å tilby enkle tilbud nær der folk bor.

Avhengighet mellom fagområder

I Scenario 2 vil spesialiserte funksjoner til en viss grad måtte ivaretas ved funksjonsdeling mellom sykehusene. I forhold til Scenario 1 vil færre pasientforløp inkludere flere sykehus, herunder eventuell overflytting til sykehus med regionsfunksjon.

Faglig utvikling, hensyn til forsvarlig vaktbelastning og overordnede føringer innen kreftkirurgi, kan gjøre det nødvendig å samle gastrokirurgiske funksjoner enda mer enn i dag. Det vurderes som sannsynlig at det vil være mulig å opprettholde gastrokirurgisk beredskap ved begge akuttsykehusene i Scenario 2.

Scenario 2 vil med sin samling av funksjoner kunne ha akutt indremedisin og fullverdig akuttilbud innen kirurgi på samme sted.

Et tiltak for å øke bredden i det elektive tilbudet er at helsepersonell pendler mellom sykehusene, og at gode IKT-løsninger og telemedisinske løsninger etableres. Standardisering av utredning og behandlingsforløp er nødvendig for at samarbeidet mellom sykehusene skal gå så smidig som mulig.

Det er risiko for at en i Scenario 2 fortsatt må leve med konflikter knyttet til funksjonsfordeling.

De enkle og de vanlige problemstillinger

Pasienter med enkle og vanlige problemstillinger forventes å bli tilfredsstillende ivaretatt ved begge akuttsykehusene. Enklere planlagt behandling og polikliniske tjenester kan tilbys ved flere steder enn der akuttvirksomheten er lokalisert i Scenario 2B.

Brukernes forventninger

Scenario 2 vil i noen grad imøtekomme brukerutvalgets forventninger om samling.

Kompetanse, rekruttering og bemanning

Grunnutdanning av helsepersonell vil kunne ivaretas i Scenario 2. Videre vil en i Scenario 2 fortsatt kunne gi deler av spesialistutdanningen av leger i Sykehuset Innlandet.

Modellen antas å gi mulighet til å kunne ha hele spesialistutdanningen i Sykehuset Innlandet i de største fagene.

Når det gjelder rekruttering, vil det i Scenario 2 være enklere enn i Scenario 1 å skape fagmiljø som er store nok til å gi lovlige og attraktive arbeidstidsordninger og mulighet for kompetanseutvikling.

Hensiktsmessige bygg

Avhengig av valgt lokalisering beholdes større eller mindre deler av dagens bygningsmasse også etter 2025. Den er i varierende grad tilrettelagt for moderne sykehusdrift og eneromstandard. Tilrettelegging krever ombygging og nybygg.

Medisinsk-teknisk utstyr

Mulighetene for å ha oppdatert og bredt tilbud av medisinsk-teknisk utstyr ved begge sykehus, kan begrenses av både tilgjengelige økonomiske og personellmessige ressurser.

I Scenario 2 vil medisinsk-teknisk utstyr utnyttes mer effektivt enn i Scenario 1. Sårbarheten ved produksjonsstans grunnet service, reparasjoner og havari med mer vil være mindre fordi en i større grad vil ha flere utstyrsenheter av samme type samlet på ett sted. Dette gjør at utredningskapasiteten og akuttberedskapen i større grad kan opprettholdes uten at transport til andre sykehus blir nødvendig.

God tilgjengelighet

For akuttpasienter teller tiden fra tilstand inntreffer, til adekvat behandling starter. Samlet tid fra meldt behov til pasienten får kvalifisert behandling påvirkes av både avstand og sykehusstruktur.

I Scenario 2 er tilbudet mer komplett, og fagmiljøene mer robuste enn i Scenario 1. Scenario 2 vil likevel innebære en viss grad av funksjonsfordeling mellom de to akuttsykehusene, og pasientene kan i enkelte tilfeller risikere at sykehuset de kommer til ikke har rett kompetanse i forhold til sykdom/skade. Videre transport blir da nødvendig.

I en planlagt behandlingssituasjon antas det at de fleste pasientene finner det akseptabelt å reise for å få den best tilgjengelige behandling. I en tosykehusmodell vil det derfor være mulig å organisere et samlet sett godt tilbud.

For pasientgrupper som bruker sykehustjenester ofte og som ikke trenger avansert behandling, kan nærhet til tilbudet være viktig. En del pasientene vil få lengre reiseavstand i Scenario 2 enn i Scenario 1, men likevel stort sett innenfor reiseavstand som må anses som akseptabel.

Avbøtende tiltak vil kunne være å gi tilbud i samarbeid med kommunehelsetjenesten nær der pasienten bor, eller ved elektive sykehus slik som beskrevet under Scenario 2B.

Organisering som underbygger gode pasientforløp

Slik utredningen for øvrig beskriver, vil det bli faglige og innholdsmessige forskjeller på sykehusene avhengig av valg av scenario. Sykehusene i Scenario 2 vil kunne ha både spisset kompetanse på områdesykehusnivå og kompetanse på lokalsykehusnivå. Dette gir et mer komplett tjenestetilbud og gjør at henvisning til riktig sykehus blir enklere.

Lengre geografisk avstand mellom sykehus og noen geografiske områder, vil påvirke etablerte strukturer for samhandling.

Scenario 2B ligger til rette for samlokalisering av sykehus og lokalmedisinske sentra, men frigjør ikke kapasitet til samhandling utenfor egne enheter.

God ressursutnyttelse

I Scenario 2 bindes mindre ressurser opp i hvilende (passiv) vakt enn i Scenario 1, men trolig mer enn i Scenario 3.

Fagmiljøer må ha tilstrekkelig arbeidsoppgaver på vakttid og dagtid for å kunne forsvares i forhold til ressursbruk. Dette vil være lettere å få til i Scenario 2 enn i Scenario 1.

De ulike alternativene i Scenario 2 som det er foretatt beregninger av, kommer nokså forskjellig ut i forhold til investeringsbehov. Modellen med akuttsykehus på Lillehammer og i Elverum kommer best ut av disse alternativene, med et investeringsbehov på ca. 4 600 mill. kr. Det vil imidlertid ikke være mulig å oppgradere disse sykehusbyggene til samme standard/kvalitet som nybygg, med den oppgraderingen som er lagt til grunn i beregningene. Som beskrevet i kapittel 5.4, vil det bli foretatt beregninger av nåverdi i idéfasen.

Samlet vurdering av Scenario 2

Scenario 2 – muligheter

Scenario 2A imøtekommer oppdraget fra Helse Sør-Øst om samling av fag i en viss grad. Modellen imøtekommer også til en viss grad brukerorganisasjonenes forventninger om samling.

Scenarioet gir mulighet for utvikling av grenspesialiserte vaktordninger i store fag, og bør kunne sikre samlokalisering av både akuttkirurgi og indremedisin ved begge akuttsykehusene. Modellen ivaretar også dagens grunnutdanning av helsepersonell i Sykehuset Innlandet, og sikrer fortsatt mulighet for at deler av spesialistutdanningen av leger kan gjennomføres i Innlandet.

Modellen kan også gi grunnlag for godkjenning av hele spesialistutdanningen av leger i store fag. Scenario 2 bør også kunne gi et godt grunnlag for å få til lovlige og attraktive arbeidstidsordninger og mulighet for kompetanseutvikling, noe som virker positivt på rekrutteringsevnen.

Utnyttelsesgrad og kostnadsnivå på medisinsk-teknisk utstyr kommer bedre ut i Scenario 2 enn i Scenario 1. Modellen bidrar også til å frigjøre personellressurser fra passiv vakt til aktiv pasientbehandling i en viss utstrekning.

Scenario 2– utfordringer

I Scenario 2 vil det fortsatt være behov for funksjonsfordeling, og modellen imøtekommer ikke føringer fra Helse Sør-Øst og fra brukerutvalget om samling. Scenarioet vil være mer ressurskrevende i forhold til bygningsmessig vedlikehold, utstyrsbehov og personellbehov enn ved samling til ett akutt-/områdesykehus. Modellen kommer på de fleste områder bedre ut enn Scenario 1, men kommer på de fleste områder dårligere ut enn Scenario 3.

Modellen kan lokalpolitisk oppfattes å ramme lokalmiljøer i forhold til tap av lokale arbeidsplasser.

Scenario 2A kan gi økt pasientlekkasje i grenseområder, avhengig av plasseringen av akuttsykehusene.

Scenario 3

Scenariobeskrivelse hentet fra «Strategisk fokus 2025» (utdrag):

Scenario 3A lyder: «Ett akuttsykehus i Mjøsregionen med desentraliserte lokalsykehus/LMS-tilbud. Avvikling av sykehusene rundt Mjøsa (Gjøvik, Lillehammer, Hamar, Elverum) som ikke blir tillagt akuttfunksjon»

For dette scenarioet legges til grunn bygging av et helt nytt sykehus med samling av akutt- og områdesykehusfunksjoner. Det legges til grunn at akutt-/hovedsykehuset tillegges et overordnet faglig ansvar for all somatisk sykehusvirksomhet i Sykehuset Innlandet.

Det legges videre til grunn at et nytt akuttsykehus/områdesykehus etableres nær fylkesgrensen mellom Hedmark og Oppland på øst- eller vestsiden av Mjøsbrua.

Et nytt, felles akuttsykehus i Mjøsregionen vil erstatte dagens fire akuttsykehus og aktiviteten ved disse. Det kliniske innholdet vil bli likt det samlede tilbudet ved dagens enheter ved SI Elverum-Hamar, SI Gjøvik og SI Lillehammer fremskrevet til 2025.

Ved å redusere bygningsmasse, samle funksjoner, kompetanse og utstyr, frigjøres det ressurser til
- *å sikre robuste spesialiserte funksjoner*
- *å styrke den desentraliserte spesialisthelsetjenesten, dvs. lokalmedisinske sentra og lokalsykehus*
- *utbygging av prehospitale tjenester*

Tilbudet ved de enhetene som ikke har akuttfunksjon
Scenario 3B forutsetter «Fortsatt aktivitet ved de sykehusene rundt Mjøsa (Gjøvik, Lillehammer, Hamar og Elverum) som ikke blir tillagt akuttfunksjon.»

I Scenario 3B er utgangspunktet et akuttsykehus med funksjoner som beskrevet i Scenario 3A. Beliggenheten vil være den samme som i Scenario 3A.

I prinsippet kan nær alle fagområdene som er omtalt under Scenario 3A tilby polikliniske tjenester eller dagbehandling utenfor akuttsykehuset. Det må gjøres en avveining i forhold til hva som er hensiktsmessig ut i fra tilgjengelige ressurser. I en slik av veining vil behovet til kronikere og de store pasientgruppene være viktig.

Trygge og gode tilbud

Føringer fra helsemyndigheter og eier

Scenario 3 svarer opp føringene i styresak 108-2008 i Helse Sør-Øst i forhold til samling av akuttfunksjoner og områdesykehusfunksjoner, samtidig som det ivaretar nødvendig bredde for de funksjonene som krever det. Felles faglig ledelse vil naturlig bli etablert i Scenario 3.

Akuttsykehuset i Scenario 3 vil være i stand til å ivareta også enkle tilbud, se under.

Avhengighet mellom fagområder

Vaktlinjer er ressurskrevende, både ift økonomi og personell. Samling av vaktlinjene på ett sted frigjør ressurser som kan gi mulighet for å innfri forventningene til utvikling av grenspesialiserte vaktordninger i store fag og styrket pasientbehandling på dagtid. Alle pasientforløp bortsett fra de som inkluderer regionaliserte tilbud vil kunne gjennomføres på samme sykehus.

De enkle og de vanlige problemstillinger

Pasienter med enkle og vanlige problemstillinger forventes å bli tilfredsstillende ivaretatt ved akuttsykehuset. Økt nærhet til der folk bor kan for deler av spesialisthelsetjenestetilbudet ivaretas gjennom elektive enheter i 3B og som i de øvrige scenarioene ved samhandlingsarenaer.

Brukernes forventninger

Scenario 3 vil imøtekomme brukerutvalgets forventninger.

Kompetanse, rekruttering og bemanning

Grunnutdanning av helsepersonell ivaretas i Scenario 3.

I Scenario 3 vil Sykehuset Innlandet kunne forvente å få godkjenning for hele spesialistutdanningen innen de største fagene.

Når det gjelder rekruttering vil Scenario 3 være den modellen som gjør det lettest å skape attraktive fagmiljø som er store nok til å gi lovlige arbeidstidsordninger og mulighet for kompetanseutvikling.

Hensiktsmessige bygg

Scenario 3 forutsetter ny og hensiktsmessig bygningsmasse.

Medisinsk-teknisk utstyr

I Scenario 3 vil det være mulig å ha oppdatert medisinsk-teknisk utstyr og tilhørende kopetanse. Det vil være flere utstyrsenheter samlet på ett sted, noe som medfører redusert sårbarhet ved driftsavbrudd som ved service, havari og reparasjoner.

God tilgjengelighet

For akuttpasienter teller tiden fra tilstand inntreffer, til adekvat behandling starter. Samlet tid fra meldt behov til pasienten får kvalifisert behandling påvirkes av både avstand og sykehusstruktur.

Lokalisering av ambulanser er, sett i forhold til responstid, mer utslagsgivende enn valg av sykehusstruktur.

I Scenario 3 er det én dør inn for alle akuttpasienter. Tilbudet er så komplett som det kan forventes av et områdesykehus, og vil med stor grad av sannsynlighet kunne tilby tilstrekkelig og riktig kompetanse og moderne medisinsk-teknisk utstyr. Hjelp vil være tilgjengelig på ett sted, slik at transport mellom sykehus som i Scenario 1 og dels i Scenario 2 unngås. Pasienttransport ut av Innlandet vil være nødvendig bare i de tilfeller pasienten trenger en behandlingsform som helsemyndighetene har bestemt at skal tilbys kun nasjonalt eller regionalt.

I Scenario 3 vil reisevei endres for befolkningen i Innlandet. For mange vil den geografiske avstanden øke, mens andre vil få nærmest uendret eller også kortere reiseavstand enn i dag. Det er først og fremst i forhold til de mindre spesialiserte tjenester som alle sykehus kan tilby i Scenario 1 at avstanden øker.

For pasientgrupper som bruker sykehustjenester ofte uten å ha behov for avanserte tjenester, vil Scenario 3 kunne oppfattes som et dårligere alternativ enn Scenario 1. Scenario 3B reduserer denne ulempen når det gjelder behov for noen elektive tjenester.

Et avbøtende tiltak for lengre reisevei til sykehus vil være samarbeid med kommunene i samsvar med målet i samhandlingsreformen om å gi de mest alminnelige behandlingstilbudene i kommunal regi.

Organisering som underbygger gode pasientforløp

Scenario 3 med alle spesialisthelsetjenester samlet på ett sted, vil gi mulighet for å organisere gode pasientforløp.

I et større sykehus kan det imidlertid være en risiko for at pasienter med enkle problemstillinger tas hånd om på en lite rasjonell måte. Pasientene kan risikere å bli sendt fra avdeling til avdeling i sykehuset, før det tas endelig avgjørelse i forhold til diagnose og behandling.

I forhold til kommunene, mister en i Scenario 3 noe av den geografiske tilknytningen til nærsykehuset som en har i Scenario 1. Dette kan være en ulempe for de pasientgruppene som trenger hyppig kontakt for å få behandling for enkle lidelser som ville kunne vært ivaretatt i alle sykehus i Scenario 1.

For pasienter med uavklarte og komplekse lidelser vil tjenestetilbudet i Scenario 3 være så komplett som det forventes av områdesykehus, og dermed forutsigbart for henviser og pasient.

Samhandling med primærhelsetjenesten er en naturlig del av den daglige aktiviteten i en sykehusavdeling. Mens Scenario 1 legger til rette for faglige effekter ved samlokalisering av sykehus og lokalmedisinske sentra, er ikke denne muligheten i samme grad til stede i Scenario 3 annet enn i tilknytning til akuttsykehuset.

Samhandling er også deltakelse på definerte samhandlingsarenaer utenfor sykehuset, og slik deltakelse er ressurskrevende. Sykehuset Innlandet har ansvar for et stort geografisk område. I Scenario 3 kan frigjorte personellressurser gi mulighet for omdisponering av personell til samhandling.

Scenario 3B legger til rette for samlokalisering av sykehus og lokalmedisinske sentra, men frigjør ikke kapasitet til samhandling utenfor egne enheter.

God ressursutnyttelse

I Scenario 3 vil Sykehuset Innlandet kunne frigjøre ressurser fra hvilende (passiv) vakt til aktiv pasientbehandling.

Fagmiljøer må ha tilstrekkelig med arbeidsoppgaver på vakttid og dagtid for å kunne forsvares ift ressursbruk. Dette forsvares best i Scenario 3.

Scenario 3 med et helt nytt akuttsykehus er anslått å ha en investeringskostnad i størrelsesorden 7 500 mill. kr. Som beskrevet i kapittel 5.4, vil det bli foretatt beregninger av nåverdi i idéfasen.

Samlet vurdering av Scenario 3

Scenario 3 – muligheter

Scenario 3 oppfyller føringen fra Helse Sør-Øst om samling av akuttsykehus- og områdesykehusfunksjoner. Modellen imøtekommer også et ønske fra brukerorganisasjonene om samling av sykehusene til ett hovedsykehus i Mjøsregionen. Alle funksjoner og spesialiteter samles på ett sted, noe som gir stor forutsigbarhet. Modellen er robust, både faglig og økonomisk. Modellen er fremtidsrettet i forhold til

utvikling av grenspesialiserte vaktordninger. Modellen sikrer robust akuttberedskap, og gir en optimal fordeling mellom personellressurser til hvilende vakt og til aktiv pasientbehandling.

Modellen gir et godt grunnlag for å få godkjent hele spesialiseringsløpet for leger i Sykehuset Innlandet innenfor flere fag. Modellen muliggjør gode og lovlige vaktordninger, stabile og kompetanseutviklende fagmiljøer, nytt og moderne utstyr og en helt ny og tidsmessig bygningsmasse og dermed tilrettelagte fysiske arbeidsbetingelser. Dette virker rekrutterende og bidrar til at Sykehuset Innlandet kan tilby den kompetanse som behøves for å gi pasientene trygge og gode tilbud.

Det er også grunn til å fremheve at dette scenarioet vil sette sluttstrek for erfaringsmessig krevende og energitappende funksjonsfordelingsdiskusjoner.

Et felles akutt-/områdesykehus i Mjøsregionen vil innebære samling av faglig kompetanse som også vil kunne tilføres den desentraliserte spesialisthelsetjenesten ved lokalsykehusene og de lokalmedisinske sentra.

Ut fra nåverdiberegninger kommer Scenario 3 relativt godt ut økonomisk sammenlignet med de øvrige alternativene som er beregnet.

I et samfunnsperspektiv vil Scenario 3 bidra til å sikre opprettholdelse av ca. 9.000 kompetansearbeidsplasser i Innlandet og gi grunnlag for videre utvikling av arbeidsplasser.

Scenario 3 – utfordringer

Scenario 3 vil gi lengre reiseavstand for en del pasienter, selv om den ikke vil bli vesentlig lengre dersom en forutsetter lokalisering nær fylkesgrensen ved Mjøsbrua. Fra mjøsbruområdet vil en kunne nå ca. 72 000 innbyggere i Hedmark og ca. 73 000 innbyggere i Oppland innenfor en utrykningstid med ambulanse på 30 minutter.

Modellen kan medføre redusert lokalt tilbud for grupper som har behov for hyppige spesialisthelsetjenester. Modellen kan lokalpolitisk oppfattes å ramme lokalmiljøer i forhold til tap av lokale arbeidsplasser.

Scenario 3 kan gi økt pasientlekkasje i grenseområdene.

Scenario 3 vil også gi lengre reiseavstand for de fleste ansatte i Sykehuset Innlandet.

Strategisk retning

«Strategisk fokus 2025» var på bred høring internt og eksternt, og det kom inn over 150 høringsuttalelser. Utredningen og høringsuttalelsene dannet grunnlag for et prinsippvedtak i styret[22]:

1. *Styret er tilfreds med det store engasjementet som har vært omkring høringsprosessen til Strategisk fokus 2025. Styret merker seg at en stor andel av høringsinstansene slutter seg til videre utredning av scenario 3, som går ut på etablering av ett felles akuttsykehus i Mjøsregionen nær fylkesgrensen på øst- eller vestsiden av Mjøsbrua. Styret merker seg at en del høringsinstanser forutsetter at Sykehuset Innlandet foretar grundige konsekvensutredning av effekter på sysselsetting, bosetting og miljø i den videre planprosess for å kunne gi sin tilslutning til scenario 3. Flere høringsinstanser peker også på behovet for en nærmere utredning av virkningen av Samhandlingsreformen, og at det blir foretatt en vurdering av sykehusstrukturen i Kongsvinger og på Tynset.*

2. *Med bakgrunn i vurderinger og analyser som fremkommer i høringsdokumentet og på bakgrunn av synspunkter som har fremkommet i påfølgende høringsrunde, beslutter styret å utrede scenario 3 som en strategisk retning for utviklingen av sykehustilbudet i Innlandet. Styret ser på dette scenariet som den mest bærekraftige sykehusstrukturen på lang sikt, og den strukturen som vil ha best forutsetning for å sikre pasientene et helhetlig faglig tilbud av høy kvalitet.*

3. *Det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet vil bli vurdert nærmere i det videre planarbeidet. Herunder vil styret i en senere fase ta stilling til hvorvidt noe av det plan lagte pasienttilbudet ved sykehusene rundt Mjøsa skal opprettholdes (Gjøvik, Lillehammer, Elverum, Hamar).*

Dersom Scenario 3 (hovedsykehusmodellen) skal være "liv laga", må det kunne dokumenteres at den fremstår som den modellen som er mest robust og bærekraftig, i forhold til andre aktuelle/relevante utredningsalternativer. I idéfasen vil hovedsykehusmodellen bli vurdert opp mot tre aktuelle modeller, inkludert nullalternativet.

[22] Utdrag fra styrets vedtak i sak 054-2012 Strategisk fokus 2025 – fremtidig utviklingsretning for spesialisthelsetjenesten i Sykehuset Innlandet

Desentraliserte somatiske spesialisthelsetjenester

De desentraliserte somatiske tjenestene omfatter det spesialisthelsetjenestetilbudet som Sykehuset Innlandet skal tilby til sin befolkning utover hovedsykehuset som er beskrevet tidligere. De desentraliserte tjenestene omfatter lokalsykehusene på Tynset og Kongsvinger, spesialisthelsetjenestetilbudet ved de lokalmedisinske sentrene (LMS) i Valdres og Nord-Gudbrandsdal, samt eventuell endring og utvikling av tilbud. Delplanen for desentraliserte somatiske spesialisthelsetjenester var på bred høring internt og eksternt. Høringsprosessen viste behov for ytterligere utredning.

Det legges opp til at en mer detaljert utredning av desentraliserte somatiske spesialisthelsetjenester vil komme i idéfasen eller gjennomføres parallelt med idéfasen. Styret har oppnevnt en referansegruppe bestående av politikere fra hele opptaksområdet til å bistå dette arbeidet.

SI Tynset og Fjellregionen

Parallelt med utarbeidelsen av delplanen for den desentraliserte spesialisthelsetjenesten har det pågått et arbeid i prosjektet "Samordning av spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen"[23]. Prosjektet, i regi av Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge, har vært gjennomført i et samarbeid mellom St. Olavs Hospital, Sykehuset Innlandet og kommunene i Fjellregionen.

Sykehuset Innlandet har inngått et samarbeid med St. Olavs Hospital om spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen. Den overordnede målsetningen er å sikre at tjenesten fremstår som mest mulig helhetlig og integrert. Det er forutsatt at den langsiktige utviklingen av SI Tynset blir undergitt en fornyet gjennomgang og behandlet i eller parallelt med idéfasen.

SI Kongsvinger

Mange faktorer innvirker på pasientstrømmene og gjør fremtidsvurderingene usikre. Befolkningen i Kongsvingerområdet har en sterkere kommunikasjon sørover mot hovedstadsområdet enn til Mjøsområdet. Dette gjelder både for arbeidsmarkedet og for servicetjenester og kan ytterligere bli forsterket med utbedret veiforbindelse mot Oslo. En slik utvikling vil kunne knytte lokalsykehuset på Kongsvinger nærmere sykehusene i hovedstadsområdet.

Samtidig vil andre forhold kunne gi andre virkninger. Dersom en begrenset kapasitet på Ahus gir utfordringer med å ivareta eget opptaksområde fullt ut, kan dette medvirke til at pasientene i større grad henvises til Innlandet, ved lokalsykehuset på Kongsvinger og eventuelt videre til et hovedsykehus ved Mjøsbrua.

[23] Styresak nr 074 – 2013

Den fremtidige situasjonen for SI Kongsvinger er bygget rundt to ulike scenarioer for utviklingen frem mot 2025:

1. Sykehuset har en helseforetakstilhørighet, som i dag, i Sykehuset Innlandet
2. Sykehuset har en helseforetakstilhørighet til Akershus universitetssykehus (Ahus)

Det er Helse Sør-Øst som tar stilling til foretakstilhørighet. Dersom Kongsvinger blir overført til Ahus, vil ikke opptaksområdet (lokalsykehus) inngå i videre planprosesser i Sykehuset Innlandet. Dersom Helse Sør-Øst konkluderer med at Kongsvinger fortsatt skal være en del av Sykehuset Innlandet, vil det bli foretatt en nærmere utredning av fremtidig innhold og oppgaver. En slik eventuell utredning vil inngå som en del av tidligfaseplanleggingen.

Lokalmedisinske sentre

Sykehuset Innlandets tjenester i de lokalmedisinske sentrene (LMS) kan utvikles fleksibelt og dynamisk på bakgrunn av lokale behov. Tilbudet kan videreutvikles med polikliniske tjenester innen flere spesialiteter og med flere poliklinikkdager enn hva som tilbys i dag. Hvilket tilbud som kan gis, vil også avhenge av hvilke ressurser som kan tilbys desentralisert av Sykehuset Innlandet. Tilgjengelige ressurser vil omfatte både fagpersonell og utstyr.

Sykehuset Innlandet har som ambisjon å utvikle lokalmedisinske sentra som en viktig del av spesialisthelsetjenestetilbudet. Dette vil være i tråd med Helse Sør-Øst sitt mål om å "desentralisere det som kan desentraliseres og sentralisere det som må sentraliseres". I tillegg til å videreutvikle eksisterende LMS vil det også bli gjennomført en utredning av mulig etablering av et nytt LMS i Hadelandsregionen.

Lokalmedisinske sentre vil bli undergitt en ny vurdering i forbindelse med det videre arbeidet med desentraliserte somatiske spesialisthelsetjenester.

4.2 Psykisk helsevern

De nasjonale føringene er at DPSene skal utgjøre hovedtyngden i det psykiske helsevernet med befolkningsansvar for den voksne delen av befolkningen i sitt opptaksområde. Sentralsykehusenhetene på Sanderud og Reinsvoll vil være støttespillere for DPSene. Behandlingstilbud på sentralsykehusnivå skal i følge Nasjonal strategi være forbeholdt pasienter som trenger lukket akuttpsykiatrisk tilbud, skjermet eller oppfølgende døgnbehandling ved alvorlig utagering eller psykose, samt behandling på sikkerhetsavdeling.

Når det gjelder Barne- og Ungdomspsykiatri (BUP), er målgruppen barn og unge i alder 0-18 år. Pasienter under 16 år har ikke egen samtykkekompetanse. For alle "våre"

barn og unge er et nært samarbeid med foresatte nødvendig for å yte tilstrekkelig hjelp til den enkelte.

Med nytt hovedsykehus som referansepunkt vil det være naturlig å utrede om sentralsykehusfunksjoner innenfor Psykisk helsevern skal knyttes til et hovedsykehus. En samling av sentralsykehusfunksjonene i et nytt hovedsykehus forutsetter avvikling av sentralsykehusfunksjonene på SI Sanderud og SI Reinsvoll. Et hovedsykehus med større fagmiljø vil sannsynligvis gjøre rekruttering av spesialister lettere enn i dag. En samling av alle tjenestene vil gjøre små og sårbare fagmiljø større og mer robuste, noe som er viktig i rekrutteringsøyemed. Kompetansebredden vil øke når flere fagpersoner med sine spesialfelt er samlet, og dette utvider muligheten for tverrfaglighet og deling av kompetanse internt, samt tverrfaglig forskning. Samtidig kan det være en utfordring å flytte fagmiljøer, og det kan være en fare for at kompetanse forsvinner og samarbeidsrelasjoner fragmenteres.

I dag vet vi at mange, særlig de alvorligste psykiske lidelsene har sterke biologiske komponenter i tillegg til psykologiske og sosiale sider. Med en slik bakgrunn er det viktig å påpeke at psykiske lidelser må sies å være av bio-psyko-sosial karakter i langt sterkere grad enn de aller fleste sykdommer som behandles i somatisk sykehus. Noe av det samme kan sies når det gjelder behandling av pasienter med et rusmiddelmisbruk. I den akutte fasen er det ingen tvil om at nærhet til somatiske funksjoner er av stor betydning, men rehabilitering over tid er mer psykososial i sin tilnærming. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) spiller den farmakologiske delen en viss rolle hos mange rusmiddelmisbrukere også for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Pasienter med psykiske lidelser har en større somatisk sykelighet enn i befolkningen for øvrig. Samling med øvrige fagområder vil bety at man unngår avstander ved overflytting mellom enheter internt i Sykehuset Innlandet. Det vil være enklere å ha kontinuitet og sammenheng i pasientforløpet, samt å gi likeverdige tilbud med god kvalitet til alle.

4.3 Habilitering- og rehabilitering

Krav til kompetanse, rekruttering, spesialisering og samarbeid er sentralt i det fremtidige utfordringsbildet. Tjenestene skal i fremtiden være mer spesialisert og arbeidet konsentreres om utredning og kartlegging av komplekse problemstillinger. Sykehuset skal også overføre informasjon og gi veiledning til fagpersoner i kommunene. Lokalisering av den framtidige virksomheten vurderes ut fra følgende perspektiv:

- Faglig - kompetanse, utviklingsmuligheter, kapasitet
- Pasientperspektiv - kvalitet, tilgjengelighet, kontinuitet, helhetlig pasientforløp
- Personell - rekruttering, fagmiljø, ledelse, arbeidsmiljø
- Bygningsmessige forhold - lokaler og utstyr
- Økonomi - driftsutgifter, investeringskostnader, aktivitetsfinansiering

Scenarioer og vurderinger

Med nytt hovedsykehus som referansepunkt, er følgende tre scenarioer vurdert av fagpersoner, ledere, tillitsvalgte og brukerrepresentanter:

1. Alle enheter samles og lokaliseres i det nye hovedsykehuset
2. Delt løsning for alle enheter i divisjonen (senger og komplekse situasjoner i hovedsykehuset. Polikliniske og ambulante tjenester desentralisert)
3. Videreføre lokalisering som i dag – alle enheter er lokalisert utenfor akuttsykehusene

Vurdering scenario 1

Organisatorisk og fysisk samling av re/habiliteringstjenestene i hovedsykehuset vil gi større og mer robuste fagmiljøer, noe som sikrer bedre pasientkvalitet og mer kontinuitet i pasientforløpet. Det ligger godt til rette for effektiv personalforvaltning i nye og hensiktsmessige lokaler. Samling av alle enhetene vil redusere driftskostnadene. Flytting til felles lokaler kan i en overgangsperiode gi utfordringer knyttet til arbeidsmiljø.

Vurdering scenario 2

Deling av samtlige enheter synes lite hensiktsmessig. Det vil føre til små enheter med sårbare fagmiljøer. Erfaring tilsier at dette svekker rekruttering av spesialisert kompetansepersonell, noe som vil føre til mindre spesialiserte og kvalitativt svakere tjenester. Det vil være utfordrende å drive god ledelse og effektiv personalforvaltning i så fragmenterte tjenester.

Vurdering scenario 3

Ved etablering av hovedsykehuset vil re/habiliteringstjenestene kunne flytte inn i ledige lokaler i dagens sykehusbygg. Fagmiljøene vil fortsatt være små og gradvis mer sårbare. Det vil trolig ikke være tilstrekkelig økonomisk handlingsrom til å prioritere å sette i stand og drive mindre enheter på en tidsriktig og robust måte.

Samlet vurdering

Krav til kompetanse, rekruttering, spesialisering og samarbeid tilsier at hele divisjon Habilitering og rehabilitering bør samle sine tjenester i hovedsykehuset. Dette gir sannsynligvis best mulighet for å yte likeverdige og kvalitativt gode og spesialiserte tjenester til pasienter og brukere.

4.4 Prehospitale tjenester

Sykehuset Innlandet har et stort opptaksområde, og deler av befolkningen har relativt lang vei til sykehus. I forhold til responstid, er lokalisering av ambulanser mer utslagsgivende enn valg av sykehusstruktur. Forsvarlig reiseavstand og dermed reisetid for akuttpasienter, må vurderes ut fra den samlede tid som medgår fra behov er oppstått til hjelp med riktig/adekvat behandlingstilbud på sykehus kan tilbys.

I dag bruker prehospitale tjenester betydelige ressurser på å transportere pasienter mellom de ulike sykehusene og ut av opptaksområdet til Sykehuset Innlandet. En videreføring av dagens modell vil forsterke dagens utfordringer. Behovet for transport til og fra de større sykehusene i Oslo-området og Trondheim vil øke. Flere lange transporter vil være både faglig og økonomisk krevende.

Med ett felles sykehus i Mjøsområdet vil akuttberedskapen bli bedre i hele Innlandet, og prehospitale tjenester kan rette all trafikken inn mot ett akuttmottak. En samling av sykehusfunksjoner vil også lette AMK sin logistikk i forhold til hvor pasientene skal transporteres.

En forlenget avstand til et hovedsykehus med et samlet faglig tilbud, vurderes ikke kritisk om man foretar nødvendige tiltak som ivaretar endret kapasitetsbehov og transporttid og tiltak for å ivareta kompetanse i tjenestene. En noe forlenget transporttid for tjenestene i distriktene tåles da de har relativt lav aktivitetsgrad i utgangspunktet, mens dagens by-/sykehusbaserte tjenester som er hardt belastet fra før, vil få mye mindre kjøring til Oslo og mellom dagens sykehus. Dette vil i stor grad kunne kompensere for den økte avstanden til hovedsykehuset.

Frem mot 2025 vil prehospitalt personell få et bedre grunnlag for å vurdere pasientens behov tidligere i behandlingskjeden. Blant annet vil vi tidligere kunne avgjøre hvor og til hvilket behandlingsnivå pasienten skal transporteres. Gode observasjoner av kompetent personell med muligheter for overføring av registrerte medisinske data fra ambulanse til sykehusets fagmiljøer og lokale legevakter, muliggjør økt pasientsikkerhet.

Etableringen av et hovedsykehus forutsetter at det gjøres en vurdering av behovet for opprettelse av en luftambulansebase i tilknytning til hovedsykehuset. En slik base ved Mjøsbrua vil kunne gi om lag 250.000 innbyggere tilbud om høyeste akuttmedisinske kompetanse via luftambulanse innen 30 minutter.

4.5 Støttetjenester

Utvikling av medisinske og ikke-medisinske støttetjenester vil tilpasses den fremtidige virksomheten i de områdene som er beskrevet over.

4.6 Oppsummering av virksomhetsmessig utviklingsplan

Kapittel 4 sammenfatter virksomhetsutviklingen innen ulike fagområder med utgangspunkt i det utfordringsbildet og de utviklingstrekk helse-Norge og Sykehuset Innlandet står overfor.

På bakgrunn av dokumentet «Strategisk fokus 2011-2014: Premisser, mål og utfordringer» og innkomne høringsuttalelser, vedtok styret for Sykehuset Innlandet 1. april 2011 å utrede tre scenarioer for en fremtidig somatisk sykehusstruktur i Innlandet[24].

Scenarioutredningene har tatt utgangspunkt i fire definerte effektmål, som peker på hva en ønsker å oppnå:

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

Dette er beskrevet i høringsdokumentet «Strategisk fokus 2025». På bakgrunn av utredningene og innkomne høringsuttalelser har styret i Sykehuset Innlandet vedtatt å utrede scenario 3 som en strategisk retning for utviklingen av sykehustilbudet i Innlandet. Styret ser på dette scenarioet som den mest bærekraftige sykehusstrukturen på lang sikt, og den strukturen som vil ha best forutsetning for å sikre pasientene et helhetlig faglig tilbud av høy kvalitet.

Det strategiske valget om en fremtidig somatisk sykehusstruktur har vært retningsgivende i planarbeidet for de øvrige virksomhetsområdene.

I idéfasen vil hovedsykehusmodellen bli vurdert opp mot tre aktuelle modeller, inkludert nullalternativet.

[24] Styresak 025-2011 - Utredning av scenarier i forbindelse med Strategisk fokus 2011-2014.



5. Bygningsmessig utviklingsplan

5.1 Byggbeskrivelse, nåtilstand eksisterende bygningsmasse og tilpasningsevne

I det følgende kapittelet gis det en bygningsmessig beskrivelse av nåsituasjon for eksisterende bygningsmasse og plan for utviklingen. På oppdrag for og i samarbeid med Sykehuset Innlandet HF, har Multiconsult AS bistått med en strategisk kartlegging av helseforetakets bygningsmasse. Kartleggingen er en oppdatering av et tilsvarende arbeid som ble gjennomført i 2008. I tillegg til registrering av teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet, har kartleggingen også omfattet basisdata som areal, bygningstype, hovedfunksjon per etasje og alder.

Formålet med kartleggingen av eiendomsporteføljen kan kort oppsummeres slik:

- fremskaffe et bilde av nåsituasjon med tanke på teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet, både ved de enkelte lokalisasjonene og for helseforetaket som helhet
- benytte opplysninger om teknisk tilstand som underlag for å estimere behovet for teknisk oppgradering
- synliggjøre endringer i tilstanden til bygningsmassen siden sist kartlegging i 2008

Nåtilstand Sykehuset Innlandet HF

Tabellen under viser nåværende bruttoareal pr sykehus.

For Sykehuset Innlandet HF er det i Multiconsults rapport kartlagt totalt 163 bygninger, som til sammen utgjør et bruttoareal for teknisk tilstand på 329 907 m2. Det vurderte bruttoarealet for tilpasningsdyktighet utgjør 237 243 m2. Den gjennomsnittlige vektede alderen for bygningsmassen er beregnet til 44 år. Med bakgrunn i en normal forventet levetid på ca. 60 år (vanlig betraktningstid ved ny oppføring av offentlige formålsbygg), tilsier dette at bygningsmassen i gjennomsnitt nærmer seg tre fjerdedeler av sin levealder. Det påpekes imidlertid at bygningsmasse som er gjenstand for godt vedlikehold, teknisk sett kan ha betydelig lengre levetid enn 60 år.

Sykehus	Nåværende bruttoareal somatikk	Hab/Rehab	Total
Hamar	20 809	5 631	26 440
Elverum	48 239	0	48 239
Gjøvik	52 808	2 217	55 025
Lillehammer	61 826	4 530	66 356
Kongsvinger	22 410	0	22 410
Tynset	12 822	0	12 822
Total	218 914	12 378	231 292

Figur 16[25]: Nåværende bruttoareal per sykehus, Kilde: Kartlegging av bygningsmassen (Multiconsult rapport 22.3.2013)

[25] Figur 16 omfatter kun de somatiske sykehusene og avdelingene i Habilitering og rehabilitering

Til sammenlikning er landsgjennomsnittlig alder for sykehus på ca. 40 år. Sykehuset Innlandets bygningsmasse er altså noe eldre enn landsgjennomsnittet. Alderen på bygningsmassen spenner fra ca. 170 år (Forvalterboligen, Sanderud) til tre år (Fløy H, DPS Gjøvik).

Oppsummert i Multiconsults rapport har kartlegging og vurdering av bygningsmassen for Sykehuset Innlandet HF avdekket følgende forhold:

- Kartlagt bygningsmasse for teknisk tilstand utgjør til sammen 329 907 kvadratmeter bruttoareal, og er i gjennomsnitt 44 år gammel (arealvektet).
- Bygningsmassen har en gjennomsnittlig teknisk tilstandsgrad på 1,3, noe som er dårligere enn normalt ambisjonsnivå, som er definert som tilstandsgrad 1,0. Tilstandsgraden er på likt nivå med gjennomsnittet for landets sykehusbygg.
- Estimert teknisk oppgraderingsbehov er fordelt i to kategorier, hvor:
  - Ca. 505 mill kr utgjør det primære behovet for kommende 5-års periode.
  - Ca. 1 460 mill kr utgjør behovet for ytterligere oppgradering for at bygningsmassen skal få en gjennomgående tilfredsstillende tilstand.
- Bygningsmassen har en samlet vektet tilpasningsdyktighet på 1,4. Totalt sett indikerer dette en bygningsmasse der enkelte endringer vil være kostnadskrevende/vanskelig å gjennomføre.

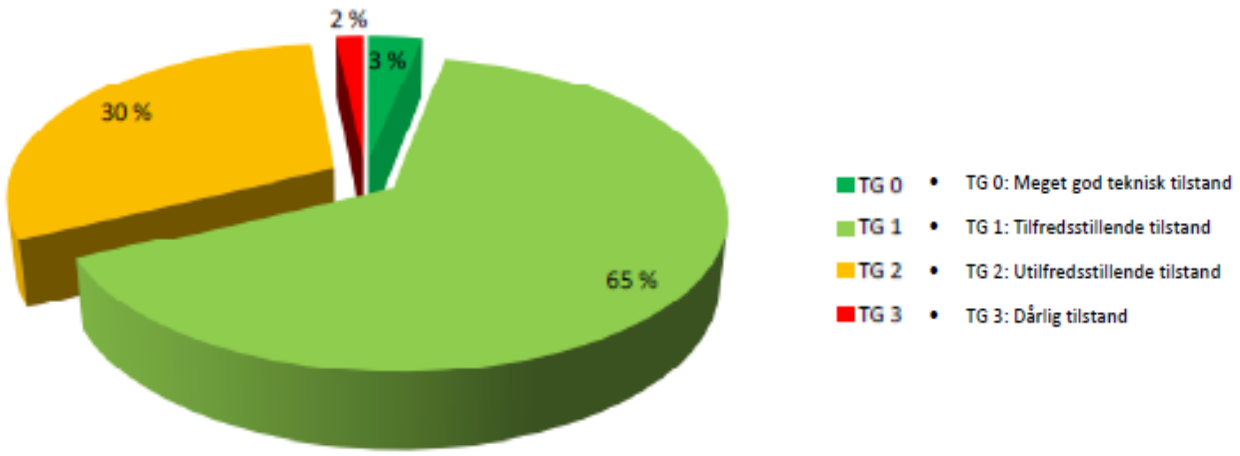
Teknisk tilpasningsgrad

For den kartlagte bygningsmassen ved Sykehuset Innlandet HF er den samlede vektede tilstandsgraden beregnet til 1,3. Ca. 68 % av den kartlagte bygningsmassen er vurdert til god eller tilfredsstillende (TG 0 og 1), og 30 % er vurdert som utilfredsstillende (TG 2). 2 % av bygningsmassen er vurdert som veldig dårlig (TG 3, dvs. akutt behov for oppgradering).

Sammenlignet med andre lignende kartlegginger, er den gjennomsnittlige tekniske tilstanden for bygningsmassen til Sykehuset Innlandet tilsvarende gjennomsnittet. Gjennomsnittet for sykehusbygg i Norge ligger på 1,2-1,3. I snitt er 40 % av spesialhelsetjenestens bygningsmasse i utilfredsstillende stand (TG 2 eller 3). På Sykehuset Innlandet er det 32 % som har TG 2 eller TG 3. Her ligger altså Sykehuset Innlandet noe bedre enn landsgjennomsnittet.

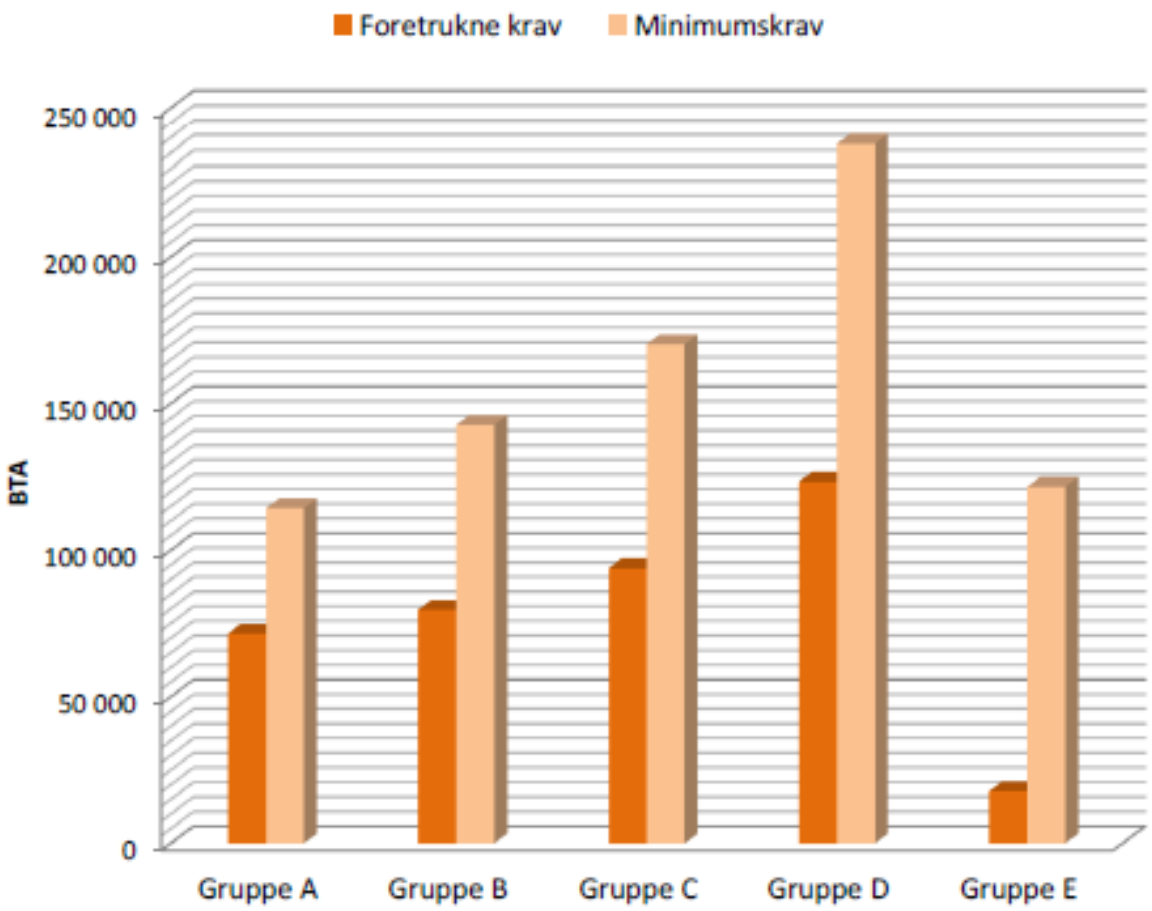
Arealet som er kartlagt på forskjellige lokalisasjoner varierer stort. På lokalisasjoner der mindre deler av totalarealet er kartlagt, vil ikke tallene nødvendigvis være representative for den totale tekniske tilstanden til lokalisasjonen. Gjennomsnittlig vektet alder for bygningsmassen er 44 år ved helseforetaket. Dette tilsier at flere bygninger har nådd en alder hvor de tekniske anleggene begynner å få et stort behov for utskiftning.

Samlet arealfordeling pr. vektet tilstandsgrad



Figur 17: Samlet prosentvis arealfordeling per vektet og avrundet tilstandsgrad for Sykehuset Innlandet HF, Kilde: Kartlegging av bygningsmassen (Multiconsult rapport 22.3.2013)

Funksjonelt, egnethet



Eksempler på funksjoner i de ulike gruppene er:

Gruppe A: Operasjon, oppvåkning, tung radiologi m.fl. (tunge funksjoner)

Gruppe B: De fleste typer sengeområder

Gruppe C: Poliklinikker m/spesiallab., tyngre lab., ergo/fysioterapi m.fl.

Gruppe D: Ulike dagområder og poliklinikker, enkle lab., kontor m.fl.

Gruppe E: Sentrallager, sentralkjøkken, sengehåndtering m.fl.

Figur 18: Bygningsmassens potensial for bruk til ulike funksjoner

Basert på bygningsmassens potensial for bruk til ulike funksjoner (se Multiconsult rapport: Kartlegging av bygningsmassen 22.3.2013) og figuren over, ser man at dersom man legger minimumskravet til grunn, har Helseforetaket arealer som tilfredsstiller alle gruppene. Det er hovedsakelig Elverum, Gjøvik, Reinsvoll psykiatri og Sanderud psykiatri som har arealer som tilfredsstiller minimumskravet i samtlige grupper. Øvrige lokalisasjoner tilfredsstiller stort sett kun gruppe C og D. Resultatene viser at 48 % av arealene i vurdert bygningsmasse tilfredsstiller bygningskravene i funksjonsgruppe A, som representerer de "tyngste funksjonene", dersom en legger minimumskravene til grunn. Det påpekes at det likevel kan være mulig å finne løsninger andre steder. Dette krever ofte spesialtilpassede løsninger og/eller kostnadskrevende bygningsmessige tiltak. Som forventet er det størst areal som tilfredsstiller gruppe D, med hele 100 %. Funksjonsgruppen representerer blant annet delfunksjonene dagområde, poliklinikk og kontor. 51 % av arealene ved helseforetaket tilfredsstiller funksjonsgruppe E. Gruppen omfatter spesielle støttefunksjoner som normalt legges på grunnplan/ underetasjer og som kan stille store, men svært varierende, krav til bygningsstruktur. Som tidligere nevnt bør resultater knyttet til denne gruppen således tillegges mindre vekt.

Lokalisasjon	Vektet fleksibilitet	Vektet generalitet	Vektet elastisitet
Elverum	1,0	0,9	2,1
BUP Gjøvik	1,6	1,7	0,5
Gjøvik	0,9	0,7	1,0
Rehabiliteringsavdelingen Gjøvik	2,0	1,8	1,0
Hamar	1,2	1,3	2,0
Ottestad	1,1	1,3	1,0
Kongsvinger	0,8	1,2	2,2
Lillehammer	1,1	0,8	2,3
BUP døgn Hagen behandlingsenhet Veldre	2,3	1,8	1,9
BUP døgnavd. Kringsjåtunet	2,6	2,2	3,0
BUP/DPS Lillehammer poliklinikk Otta	1,2	1,3	2,0
DPS Gjøvik Dag- og døgnenhet, Valdres (Aurdal)	1,1	1,4	1,0
DPS Gjøvik poliklinikk Toten (Lena)[26]	2,1	1,7	2,5
DPS Lillehammer døgnenhet Otta (Bredebygden)	2,2	2,0	2,2
Granheim	2,2	2,0	1,8
Hov	1,8	1,9	1,5
Reinsvoll psykiatri	1,6	1,7	1,2
Sanderud psykiatri	1,5	1,5	1,6
Tynset	1,5	1,2	1,8
Samlet	**1,2**	**1,1**	**1,8**

Figur 19: Samlet vektet grad av fleksibilitet, generalitet og elastisitet, Kilde: Kartlegging av bygningsmassen (Multiconsult rapport 22.3.2013)

Tilpasningsevne

I forbindelse med kartlegging og vurdering av strukturelle egenskaper er det foretatt en utvelgelse av bygninger/etasjer hvor tilpasningsdyktighet anses som irrelevant, og som følgelig er utelatt. Dette utgjør arealer som boliger, garasjer, lager, loft og tekniske arealer. I tillegg er det ikke registrert bygningsstrukturelle egenskaper for de bygninger som er nyanskaffet etter 2008. Det totale arealet som er vurdert mtp. tilpasningsdyktighet er 237 889 m^2 Det påpekes at det i det kartlagte arealet for tilpasningsdyktighet kan være ytterligere bygninger/etasjer hvor slike vurderinger er mindre relevant. Disse påvirker følgelig de aggregerte resultatene.

Tabellen over viser bygningsmessig tilpasningsdyktighet inndelt i fleksibilitet, generalitet og elastisitet. Med bygningsmessig tilpasningsdyktighet menes de egenskaper bygningen har til å endre planløsning (fleksibilitet), endre bruk til annen funksjon (generalitet) eller mulighet til utvidelse (elastisitet).

Av tabellen fremkommer det at det er store forskjeller mellom lokalisasjonene. De lokalisasjonene med best gjennomsnittlig samlet vektet grad fleksibilitet, generalitet og elastisitet er Gjøvik og Ottestad. Dette tyder på at det gjennomgående er gode muligheter for å endre planløsning eller å bygge om til en annen funksjon, samt å bygge til. Det må likevel vektes at Ottestad er tatt inn i beregningene som et fredet bygg i landsverneplanen for sykehusbygg. Dette påvirker således både fleksibilitet og generalitet for dette bygget. Det er lagt store beskrankninger på bygningsmessig inngripen i Ottestad.

Generelt kan man si at om tilpasningsdyktighetsindikatorene er 1,3-1,5 eller høyere, vil den underliggende bygningsmassen bestå av et stort omfang av bygninger og enkeltkomponenter som vurderes som begrensende med tanke på endringer og potensial for ulik bruk. Indikatoren er således tegn på et stort omfang av rigid bygningsmasse, og det kan være vanskelig/kostnadskrevende å gjøre endringer. Man kan altså konkludere med at dette generelt gjelder for de fleste lokalisasjonene til Sykehuset Innlandet HF.

[26] Bygget er ikke lenger i bruk. Virksomheten er flyttet til DPS Gjøvik.

Krav til vern og bevaring

Kulturminner i verneklasse 1 fredes av Riksantikvaren ved bruk av kulturminneloven, mens kulturminner utpekt i verneklasse 2 reguleres til vern gjennom bruk av plan- og bygningsloven. De mest verdifulle er plassert i verneklasse 1, deretter er en del plassert i verneklasse 2. Fredning er det sterkeste juridiske virkemiddelet i kulturminnevernet og brukes for å sikre langsiktig vern av kulturminner av nasjonal verdi. Vedtak om fredning innebærer at det er forbudt å gjennomføre tiltak ut over vanlig vedlikehold, uten tillatelse fra kulturminnemyndighetene. Kulturminnemyndighetene kan gi unntak men det kreves søknad om dispensasjon for tiltak i fredete bygninger og anlegg. Saken behandles av Riksantikvaren. Forvaltningsplanen inneholder en oversikt over og konkret beskrivelse av hvordan fredningen av den enkelte eiendom/bygning skal følges opp og forvaltes gjennom daglig bruk og vedlikehold.

Ottestad

Fysikalsk medisin og rehabilitering Ottestad har en bygning som er fredet (verneklasse 1). På Ottestad er det ingen bygninger i verneklasse 2, men grøntanlegget/parkområdet omfattes av denne kategorien.

Fredningen omfatter bygningens eksteriør og deler av interiørene: Fellesarealer som trappehus, inngangspartier, korridorer, oppholdsrom, kjøkken og spisesal, bassenganlegg, samt interiør i utvalgte treningsrom, bad og pasientrom er omfattet av fredning. For områder i verneklasse 2 gjelder egne rutiner. Sykehuset Innlandet HF er selv ansvarlig for at retningslinjene i forhold til bevaring av kulturhistorisk verdi blir fulgt.

Heimen

Fredningen (verneklasse 1) omfatter bygningens eksteriør og inkluderer hovedelementer som konstruksjon, fasadekomposisjon, materialbruk, overflatebehandling og bygningsdeler som vinduer, dører, pipeløp over tak og detaljer som skilt og dekor. Uteområdet har verneklasse 2.

5.2 Kapasitet og arealbehov

Utnyttelsesgrader og arealstandarder

Forventningene til helsetjenestene i fremtiden er stor i befolkningen. For eksempel vil forventninger om enerom, utvidet åpningstid ved poliklinikker og dagenheter, god logistikk og flyt i tjenestetilbudet ha stor betydning for organisering av virksomheten. Følgelig vil det også bli forventinger til arealstandarder og arealutnyttelse. I tabellene som følger presenteres de arealstandarder og utnyttelsesgrader som er lagt til grunn for beregning av arealbehovet i scenarioet med ett felles akuttsykehus (scenario 3 i Strategisk fokus 2025).

	Standard kvm netto
Kliniske funksjoner	
Senger (somatikk)	27,0
Senger medisinsk overvåking	40,0
Infeksjonsmedisin	34,0
Senger barn	39,0
Senger hotell	23,0
Dagplass (somatikk)	15,0
Poliklinikkrom, standard (somatikk)	30,0
Spesialrom (somatikk)	40,0
Observasjonsseng	27,0
Medisinske servicefunksjoner	
Intensivsenger	50,0
Postoperativ	16,0
Operasjon, inneliggende	120,0
Operasjon, dag	120,0
Billeddiagnostikk, angio, CT, MR, intervensjon	90,0
Billeddiagnostikk, UL	30,0
Billeddiagnostikk, øvrige	70,0
Fødestue	60,0
Arbeidsplass, medisinsk biokjemi og transfusjonsmedisin/blodbank	15,0
Arbeidsplass, patologi & medisinsk mikrobiologi	15,0
Donortapping	10,0
Ikke-medisinske servicefunksjoner	
Kontorarbeidsplass	8,5
Kontorarb.plass til administrasjon mikrobiologi arb. plass	9,0
Møterom	1,8
Garderobeskap	0,8
Overnattingsrom	15,0
Personalkantine og kafeteria	2,1

Figur 20: Arealstandarder for sykehusfunksjoner, Kilde: Strategisk fokus 2025 - Beregning av arealbehov

	Dager pr. år	Utnyttelse
Senger		
Somatiske senger	300	85 %
Barn		70 %
Hotell		70 %
Observasjon		80 %

Figur 21: Utnyttelsesgrader senger, Kilde: Strategisk fokus 2025 - Beregning av arealbehov

	Dager/ År	Timer/ Dag	Minutter/ behandling	Kommentarer
Dagplass	230			
Poliklinikk				
Pediatri	230	10	40	
Gynekologi og føde	230	10	30	
Tann/kjeve	230	10	30	
Kirurgi og ortopedi	230	10	30	
Medisin	230	10	40	
Nevrologi	230	10	40	
Revmatologi	230	10	40	
ØNH	230	10	30	
Øye	230	10	30	
Psykiatrisk helsevern mv.	230	10	75	
Billeddiagnostikk				
Konv rtg	230	10	15	80 % på dagtid
UL	230	10	25	100 % på dagtid
CT	230	10	25	80 % på dagtid
MR	230	10	30	80 % på dagtid
Mammografi screening	230	10	20	100 % på dagtid
Operasjon				
Kirurgi	230	10	120	80 % på dagtid
Tann/kjeve	230	10	90	80 % på dagtid
Gyn/obs	230	10	80	80 % på dagtid
ØNH	230	10	120	80 % på dagtid
Øye	230	10	60	80 % på dagtid
Dagkirurgi	230	10	90	100 % på dagtid

Figur 22: Utnyttelsesgrader dag, poliklinikk, undersøkelse og dagbehandling, Kilde: Strategisk fokus 2025 - Beregning av arealbehov

Fremtidig rombehov og arealbehov

For å kunne anslå investeringsbehovet har Multiconsult AS foretatt arealberegninger. Beregningene er dokumentert i figur 21 og 22. For å kunne beregne arealbehov per scenario må konkret geografisk plassering og bygninger kunne identifiseres. Dette innebærer at man for å komme frem til arealbehov per scenario har plassert akuttfunksjoner, elektive funksjoner og dag- og poliklinikkfunksjoner i forskjellige tenkelige løsninger.

Det er viktig å presisere at alle estimater av areal- og rombehov er foreløpige, og at areal-, rom- og sengebehov vil bli grundig utredet i den videre planleggingen.

Ett akuttsykehus Mjøsa av 28.10.2011. Basis og scenario 3A	Antall enheter	Arealbehov kvm netto
Prehospitale tjenester/akuttmottak/observasjon		
Akuttmottak		1 620
Observasjonspost	56	1 524
Delsum		3 144
Poliklinikker/dagområde		
Poliklinikker	79	2 370
Kliniske spesiallaboratorier	55	2 212
Dagplasser	128	2 170
Operasjon, dag	9	1 080
Delsum		7 832
Døgnbehandling		
Sengeområde	550	15 735
Intensiv	18	900
Delsum		16 635
Annen somatikk		
Operasjon	12	1 440
Postoperativ	22	352
Fødestuer	11	660
Fysio- og ergoterapi		600
Sosionom, logoped, dietist, rehab		200
Læring- og mestring		140
Delsum		3 392
Medisinsk service		
Billeddiagnostikk	61	4 550
Laboratorier		3 340
Apotek		700
Sterilsentral		570
Medisinsk teknikk		200
Delsum		9 360
Intern service og administrasjon		
Administrasjon		527
Kontorer og møterom		8 718
Personaleservice		4 329
Hotell	0	0
Pasientservice		1 175
Ikke-medisinsk service		4 600
Undervisning og forskning		1 300
Delsum		20 650
Sykehuset Innlandet total nettoareal i alt		61 013
Bruttoareal i alt (brutto/netto faktor 2,0)		122 025

Figur 23: Arealberegning akuttsykehus scenario 3A, Kilde: Strategisk fokus 2025 – Beregning av arealbehov

Ett akuttsykehus Mjøsa av11.11.2011. Basis og scenario 3B	Antall enheter	Arealbehov kvm netto
Prehospitale tjenester/akuttmottak/observasjon		
Akuttmottak		1 620
Observasjonspost	56	1 524
Delsum		3 144
Poliklinikker/dagområde		
Poliklinikker	49	1470
Kliniske spesiallaboratorier	34	1372
Dagplasser	80	1325
Operasjon, dag	4	480
Delsum		4647
Døgnbehandling		
Sengeområde	531	15 152
Intensiv	18	900
Delsum		16 052
Annen somatikk		
Operasjon	11	1 320
Postoperativ	22	352
Fødestuer	11	660
Fysio- og ergoterapi		480
Sosionom, logoped, dietist, rehab		160
Læring- og mestring		112
Delsum		3 084
Medisinsk service		
Billeddiagnostikk	49	3640
Laboratorier		2672
Apotek		560
Sterilsentral		456
Medisinsk teknikk		160
Delsum		7 488
Intern service og administrasjon		
Administrasjon		406
Kontorer og møterom		7 365
Personaleservice		3624
Hotell	0	0
Pasientservice		1 045
Ikke-medisinsk service		3 680
Undervisning og forskning		1 040
Delsum		17 160
Sykehuset Innlandet total nettoareal i alt		51 575
Bruttoareal i alt (brutto/netto faktor 2,0)		103 150

Figur 24: Arealberegning akuttsykehus scenario 3B, Kilde: Strategisk fokus 2025 – Beregning av arealbehov

5.3 Plan for utvikling av bygningsmassen

Dagens sykehus er bygget for en annen tid, med vekt på plass til pleie og overnatting. Sykehusenes rolle vil endre seg, og det forventes at pleieoppgaver i større grad vil bli et kommunalt ansvar. Fremtidens sykehus vil være mer rettet mot diagnostisering, utredning og spesialisert behandling, som øker behovet for areal til utredning og behandling, og mindre til overnatting og pleie. Medisinen er i kontinuerlig utvikling, og behov, krav og forventninger vil endre seg raskere. Det er derfor viktig at det i planlegging og utvikling av ny bygningsmasse er fokus på et fleksibelt sykehusbygg som kan tilpasses endrede behov, som tar hensyn til miljø og energikrav, universell utforming og teknisk standard. Dette er beskrevet nærmere følgende kapittel.

Miljøhensyn, energikrav

Sykehuset Innlandet har som mål å være i fremste rekke innenfor miljøvennlig sykehusdrift. Helseforetaket har vedtatt miljømål og utarbeidet handlingsplan som støtter opp om organisasjonens miljøpolitikk. Arbeidet med å redusere foretakets påvirkning av det ytre miljø skal skje gjennom forebygging og systematisk forbedring innenfor vesentlige miljøaspekter. Følgende områder er prioritert:

- Redusere utslipp av co2
- Redusere energiforbruket
- Redusere forbruket av kopipapir
- Redusere avfall

I tilknytning til de overordnede målene er det utarbeidet årlige handlingsplaner for områdene innkjøp, logistikk og transport, avfallshåndtering, og energisparing.

Sykehuset Innlandet skal i løpet av 2014 være sertifisert etter ISO14001 standarden.

Sykehuset Innlandet har i løpet av 2013 energimerket alle de større virksomhetene. Energimerkingen gir et godt grunnlag for å prioritere og gjennomføre energieffektiviserende tiltak fremover.

Ved bygging av nytt hovedsykehus vil ytre og indre miljø stå i fokus og bli tatt hensyn til.

Universell utforming

Offentlig virksomhet skal arbeide aktivt og målrettet for å fremme universell utforming innenfor virksomheten. Offentlig virksomhet rettet mot allmennheten har plikt til å sikre universell utforming av virksomhetens alminnelige funksjon så langt det ikke medfører en uforholdsmessig byrde for virksomheten.

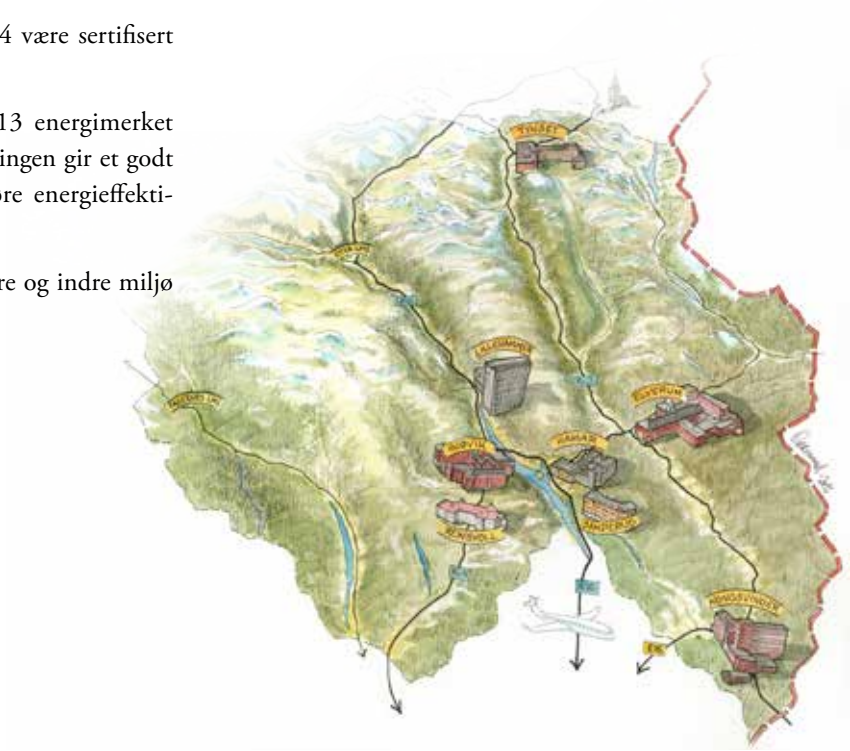
Sykehuset Innlandet består av gammel bygningsmasse og er således ikke universelt utformet for dagens behov. Med ønske om å sikre befolkningen et moderne og inkluderende sykehus og et komplett tilbud av spesialhelsetjenester i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten og andre sykehus, vil det være viktig for Sykehuset Innlandet å følge de standarder og føringer som er satt i forhold til universell utforming ved eventuell bygging av et nytt sykehus.

Teknisk oppgradering

Teknisk oppgraderingsbehov er oppdelt og estimert for to kategorier, henholdsvis:

1. Det som utgjør det mest akutte behovet for oppgradering (relatert til TG 3 – «MÅ-tiltak»). Det vil si det som vurderes som et nødvendig omfang av oppgradering og gjennomføring av tiltak.
2. Det som utgjør et noe mer langsiktig behov for oppgradering (relatert til TG 2 – «BØR-tiltak»). Det vil si kostnader relatert til utskiftning av komponenter med tilnærmet endt levetid og/eller behov for ekstraordinært vedlikehold.

Det samlede estimerte oppgraderingsbehovet, fordelt på de to prioriterte tidsperiodene, er vist i tabellen på neste side. Prisnivå fra februar 2013 er lagt til grunn.



	Totalt	Kr/m2
Estimert teknisk oppgraderingsbehov. "MÅ-tiltak" (0-5 år):	505 mill. kr. tilsv.	1550 kr/m2
Estimert teknisk oppgraderingsbehov. "BØR-tiltak" (6-10 år):	1459 mill. kr. tilsv.	4400 kr/m2
Samlet teknisk oppgraderingsbehov	**ca. 1964 mill. kr. tilsv.**	***6000 kr/m2***

Figur 25: Samlet teknisk oppgraderingsbehov for Sykehuset Innlandet HF sin kartlagte bygningsmasse (Multiconsult rapport 22.3.2013)

Tabellen under viser samlet teknisk oppgraderingsbehov for de ulike lokalisasjonene

Lokalisasjon	(m2)	«Må tiltak» 0 - 5 år	«Bør tiltak» 6 - 10 år	Samlet	Samlet (kr/m2)
Elverum	47 600	26	110	136	2 900
BUP Gjøvik	2 124	0	3	3	1 500
Gjøvik	53 544	0	146	147	2 700
Rehabiliteringsavdelingen Gjøvik	2 387	3	18	21	8 900
Hamar	22 189	35	163	198	8 900
Ottestad	5 631	32	17	49	8 600
Kongsvinger	22 212	104	146	250	11 200
Lillehammer	69 139	73	479	552	8 000
BUP døgn Hagen behandlingsenhet Veldre	1301	0	1	1	900
BUP døgnavd. Kringsjåtunet	1533	0	2	2	1 400
BUP/DPS Lillehammer poliklinikk Otta	796	0	1	1	700
DPS Gjøvik Dag- og døgnenhet, Valdres (Aurdal)	3196	0	12	12	2800
DPS Gjøvik poliklinikk Toten (Lena)[27]	2272	0	6	6	2500
DPS Lillehammer døgnenhet Otta (Bredebygden)	3972	0	27	27	6 800
Granheim	4531	0	16	16	3 600
Hov	6 708	3	32	35	5 200
Reinsvoll psykiatri	30 230	17	105	122	4 000
Rundehauen	64	0	0	0	2 700
Sanderud psykiatri	37 706	194	110	304	8 100
Tynset	12 772	18	65	83	6 500
Samlet	**329 907**	**505**	**1 459**	**1 964**	**6 000**

Figur 26: Estimert teknisk oppgraderingsbehov per lokalisasjon for Sykehuset Innlandet sin bygningsmasse, Kilde: Kartlegging av bygningsmassen (Multiconsult rapport 22.3.2013)

[27] Bygget er ikke lenger i bruk. Virksomheten er flyttet til DPS Gjøvik.

Miljøhensyn, energikrav

Ombygging:

Der kun begrensede deler av eksisterende bygg eller anlegg utnyttes, legges 25 % påslag på programarealet for å oppnå funksjonalitet. Kunnskap om faktiske ombyggingsbehov per scenario er foreløpig begrenset. Ved endring av funksjoner i eksisterende sykehus (for eksempel overgang til dag- og poliklinikkbehandling), må funksjoner samles for å oppnå funksjonalitet og driftseffektivitet. Dette krever ulike grader av ombygging.

Ombygging graderes og klassifiseres slik:

- Lett ombygging. Overflatebehandling og stedvis ombygging. Kostnad tilsvarende 25 % av nybyggkostnad
- Middels tung ombygging. Diverse teknisk oppgradering og noe funksjonell tilpasning, men ikke fullstendig. Kostnad tilsvarende 50 % av nybyggkostnad
- Tung ombygging. Bygget strippes til tilnærmet råbygg og bygges opp igjen, med en kostnad tilsvarende 75 % av nybyggkostnad

Utstyr er inkludert i nybyggkostnad. Ved ombygg dekkes utstyr kun med den relative kostnadsandelen.

Nybygg:

For beregningene benyttes nybyggpris for komplett sykehus på 60 000 kr/kvm BTA. For enklere bygg benyttes en noe lavere kostnad per kvm BTA (se vedlegg). Nybyggkostnad inkluderer medisinsk teknisk utstyr (MTU). Parkering er i hovedsak forutsatt på bakkeplan 6. Parkeringskostnaden er da inkludert i kvm pris bygg. 200 parkeringsplasser forutsettes oppført i P-hus. Pris 10 000 kr/kvm BTA. Følgekostnader til tomt og infrastruktur er ikke lagt inn i beregningene. Tomtekostnaden antas å bli relativt lav, idet det vil være attraktivt for den aktuelle kommunen å være vertskommune for et nytt sykehus.

Oppgradering:

Beregningene tar utgangspunkt i oppgraderingsbehov vurdert av Multiconsult i 2008. Det er da forutsatt teknisk oppgradering for å ivareta myndighetskrav, ikke funksjonell tilpasning. Teknisk oppgradering av Tynset og Kongsvinger er lagt til grunn i alle scenarioer. Multiconsults priser fra 2008 er prisjustert med 11,7 % til 2013.

Infrastruktur, utomhus

I utredning og avveining mellom de tre scenarioene i et 2025-perspektiv for Sykehuset Innlandet, er det som nevnt tatt fire definerte effektmål. Det ene effektmålet er god tilgjengelighet for pasientene, som omfatter:

1. Forsvarlig reiseavstand ved akutt sykdom
2. Akseptabel reiseavstand ved tilstander som ikke er akutte
3. Tjenesten er til stede
4. Transporttilbud og infrastruktur (vei, tog, buss)

Sykehuset Innlandet ønsker å være et moderne sykehus med god tilgjengelighet og det er derfor prioritert som et viktig effektmål. I infrastruktur nevnes vei, tog og buss, men det gjelder også beliggenhet, tomtevalg, parkeringsplasser, uteareal, kommunikasjon, belysning, og miljø. Det vil være viktig å legge til rette for god tilgjengelighet og en god infrastruktur i planleggingen av et hovedsykehus.



5.4 Økonomiske vurderinger

Økonomisk vurderingsgrunnlag

De økonomiske anslagene i utviklingsplanen er basert på overordnede data. Vurderinger av areal- og investeringsbehov, samt kostnadsbesparelser i tidligere dokumenter, er gjennomført for å skille scenarioene fra hverandre, og skal ikke benyttes som underlag for et eventuelt byggeprosjekt eller driftsøkonomiske beregninger. Dette vil bli grundigere belyst og analysert i de neste planfasene.

Det presiseres at dette avsnittet innholder foreløpige, overordnede økonomiske vurderinger, som vil bli gjenstand for grundige utredninger i hhv. ide- og konseptfasen. Usikkerheten er anslått til å være i størrelsesorden ± 20 prosent knyttet til byggekostnader. I andre deler av analysen er usikkerheten større. Dette gjelder i særlig grad de beregnede innsparingene av driftskostnader i de ulike scenarioene.

Det foreligger dermed ikke ennå tilstrekkelig informasjon for å kunne vurdere de totale økonomiske effektene for scenarioene isolert eller helseforetaket samlet. I de neste fasene vil det være viktig å etablere et totalbilde av den økonomiske utviklingen for de aktuelle scenarioene og helseforetaket. Dette omfatter både en fremskrivning av kontantstrøm og resultat for scenarioene og helseforetaket som helhet og en analyse av økonomiske endringer.

Videreføring av dagens drift skal alltid vurderes som "nullalternativet" i den økonomiske vurderingen. Nullalternativet medfører at foretakets "sørge-for-ansvar" må løses innenfor eksisterende bygningsmasse frem til 2030-2035 med følgende endringer:

- Bygningsmassen må teknisk oppgraderes slik at offentlig regelverk ikke brytes.
- Bygningsmassen må funksjonelt ombygges der dagens lokaler er vurdert som spesielt dårlig egnet for dagens virksomhet, og slik at eventuelle nye krav som følger av faglig medisinsk utvikling, kan oppfylles.
- Bygningsmassen må tilpasses hvis dette er nødvendig for å håndtere det aktivitetsnivået som er beregnet fram til ca 2025.
- Medisinskteknisk utstyr og utstyr knyttet til informasjonsteknologi må holdes på et forsvarlig nivå både teknisk og i forhold til den medisinske utviklingen innenfor diagnostikk og behandling.

Eiendomsmassen krever løpende vedlikehold og tilpasning for å være hensiktsmessig til pasientbehandling og sikre et godt arbeidsmiljø. I tillegg har Helse Sør-Øst en klar målsetting om at alle enkeltelementer i bygg som skal brukes skal ha et bestemt tilstandsnivå. Multiconsult AS bistod våren 2013 Sykehuset Innlandet med kartlegging av foretakets bygningsmasse. Formålet med kartlegging av eiendomsporteføljen var å fremskaffe et bilde av nå-situasjon med tanke på teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet, både ved de enkelte bygningene og for helseforetaket som helhet. I tillegg skulle en kunne benytte opplysningene om teknisk tilstand som underlag for å estimere behovet for teknisk oppgradering. Kartleggingen viste at Sykehuset Innlandet har et samlet teknisk oppgraderingsbehov av bygningsmassen på ca. to milliarder kroner i en tiårsperiode. I tillegg kommer behov for investeringer knyttet til funksjonelle forhold.

Arealbehov

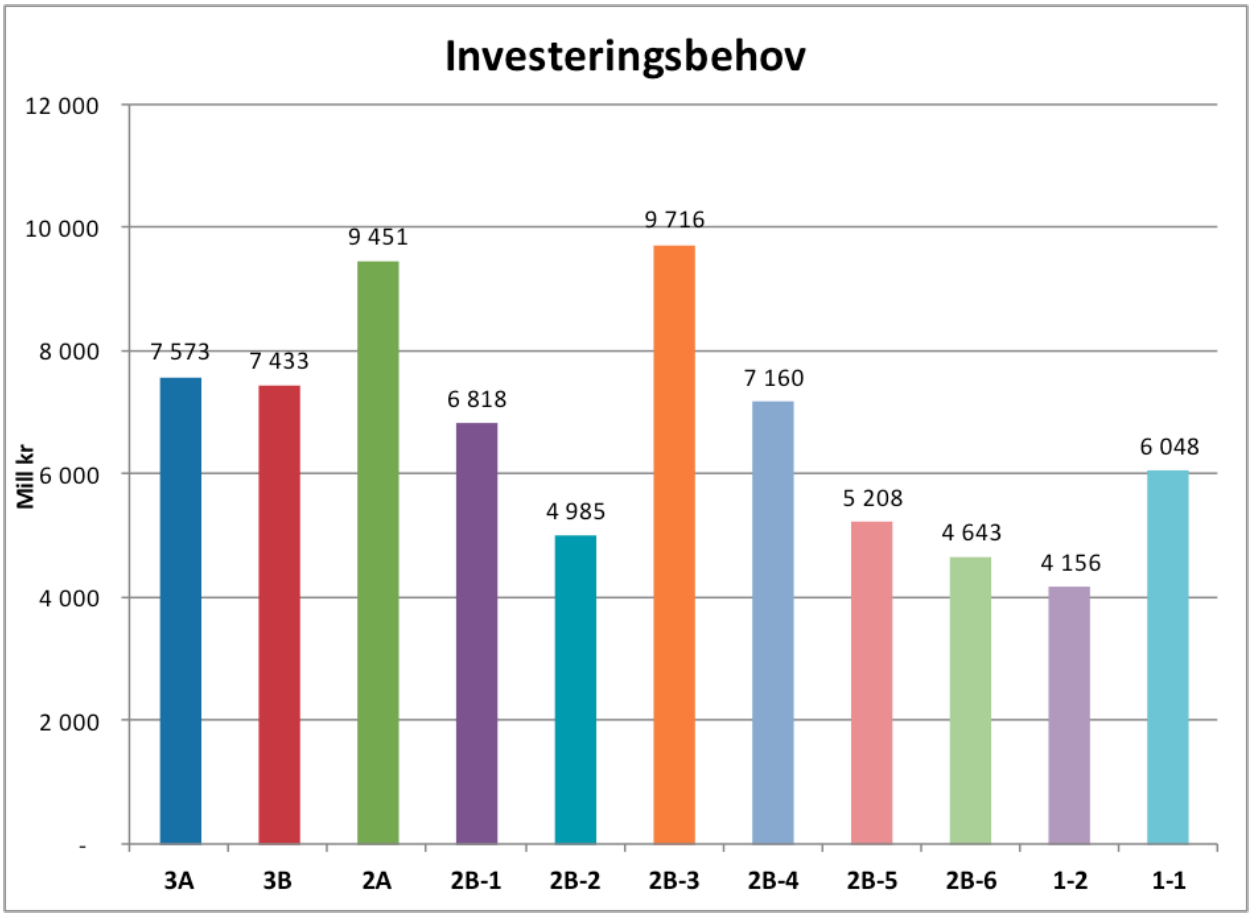
Utgangspunktet for arealberegningene er datagrunnlag i form av pasientaktivitet og bemanning i 2010 for hver av de seks somatiske sykehusenhetene i Sykehuset Innlandet. Pasientdata er deretter aldersfordelt på opphold, liggedager, dagbesøk og poliklinikk for hver hovedspesialitet.

For å anslå investeringsbehovet er det foretatt arealberegninger. Beregningene er dokumentert i vedlegg. Tabellen nedenfor viser nåværende bruttoarealer og tomtearealer som er utgangspunktet for beregningene, jf. Multiconsults kartlegging i 2008. Her vurderes bare de fire sykehusene i Mjøsområdet.

Sted	Bruttoareal bygg	Tomteareal
	m²	
Hamar	20 809	16 064
Elverum	48 239	70 690
Gjøvik	52 808	32 965
Lillehammer	61 826	53 578
Total	**183 682**	**173 297**

Figur 27: Bruttoarealer og tomtearealer. Kilde Strategisk fokus 2025 - Beregning av investeringsbehov i ulike scenarioer, Hospitalitet 2012.

For å kunne beregne arealbehov per scenario, må konkret geografisk plassering og bygninger kunne identifiseres. Dette innebærer at man for å komme frem til arealbehov per scenario har plassert akuttfunksjoner, elektive funksjoner og dag- og poliklinikkfunksjoner i forskjellige tenkelige løsninger. I de neste planfasene må disse beregningene utvides til også å omfatte effekter for divisjonene Tynset, Kongsvinger, Psykisk helsevern, Habilitering og rehabilitering og Prehospitale tjenester.



Figur 28: Investeringsbehov. 2011-kr. Tall hentet fra Strategisk fokus 2025 - Beregning av investeringsbehov i ulike scenarioer, Hospitalitet 2012.

Investeringsbehov bygninger

Anslagene knyttet til investeringsbehov tar utgangspunkt i:

- Nåværende bruttoareal på de fire sykehusene
- Fremtidig beregnet brutto arealbehov i de ulike scenarioene
- Behov for nybygg, ombygging, oppgradering eller avhending per sykehus
- Forutsetninger om kostnader

Disse beregningene finnes i Strategisk fokus 2025 og vil bli oppdatert i det videre planarbeidet.

Investeringsbehovene knyttet til bygg i de ulike scenarioene fremgår av figuren over.

Besparelser i bedriften

For å vurdere forventet besparelse i de ulike scenarioene, har man tatt utgangspunkt i tilsvarende beregninger for nytt Østfoldsykehus. Denne effekten er først og fremst knyttet til sammenslåing av enheter. Beregnet besparelse bygger på forholdstallet mellom befolkningsgrunnlaget for nytt Østfoldsykehus og befolkningsgrunnlaget for nytt sykehus i Innlandet. Tallet er deretter korrigert for Tynset og Kongsvinger, som foreløpig er holdt utenfor beregningene. Habilitering og rehabilitering, Prehospitale tjenester samt Psykisk helsevern og rus er ikke tatt med i beregningene. Dette kan ha en innvirkning på totalsummen. Videre kan det være ytterligere gevinster knyttet til effekter fra endret og mer rasjonell driftsmodell i nye sykehus, produktivitetsvekst og lignende Konsekvenser på disse områdene må konkretiseres i de neste planfasene.

I den foreliggende beregningsmodellen gis dagens organisering (nullalternativet) en vektet indeks lik null (ingen effekt, driftskostnader på dagens nivå). Scenario 3A (ett sykehus) er gitt en vektet indeks på én (full effekt). Det etableres deretter en indeks for noen utvalgte scenarioer basert på den sammensettingen av funksjoner scenarioet har, herunder tre kategorier:

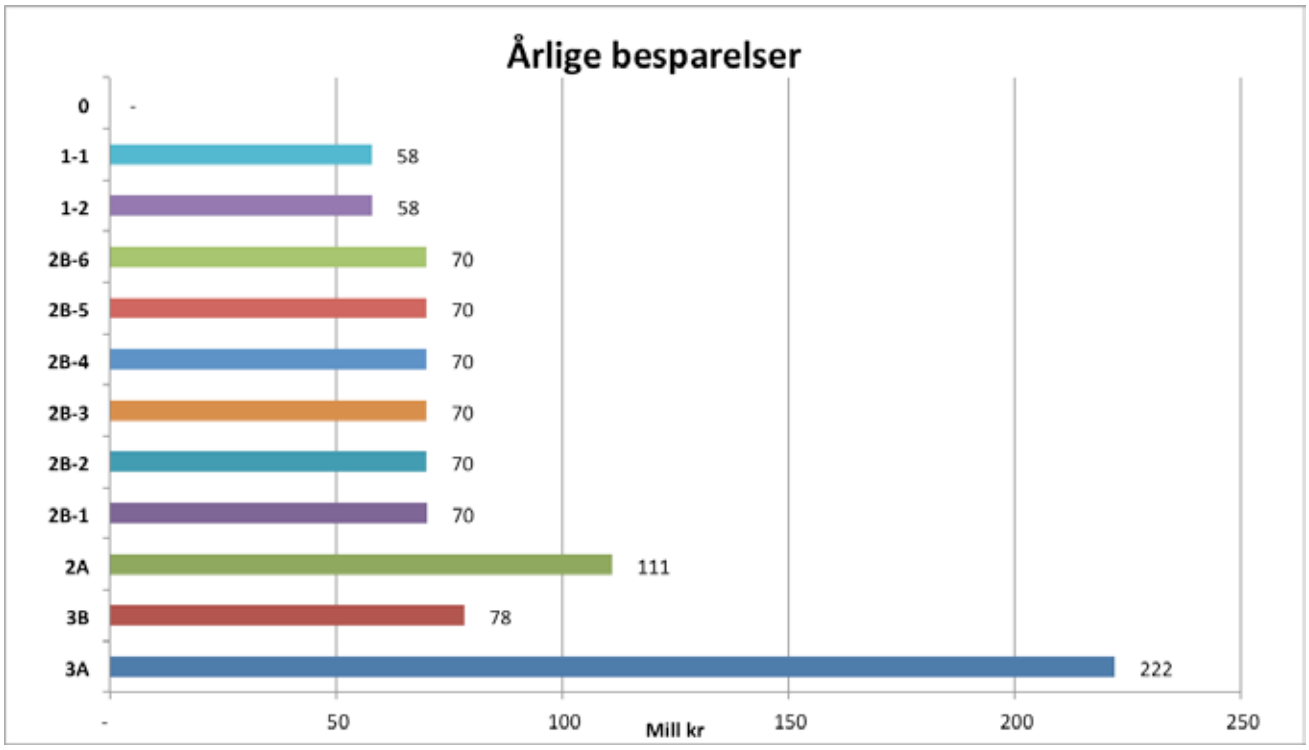
1. Dag/poliklinikk
2. Dag/poliklinikk/elektive inneliggende
3. Dag/poliklinikk/elektive inneliggende og akutt

Beregningsmåten for å komme frem til et mulig samlet innsparingspotensial er vist i tabellen på neste side. Disse beregningene omfatter kun somatiske sykehus.

Driftinnsparinger, basert på beregninger gjort i nytt Østfoldsykehus	Nytt Østfold-sykehus	Sykehuset Innlandet
Befolkning	300 00	400 000
Driftsinnsparinger	175 000 000	
Referanse	Lønnskost.	
Referanseår - pris	2007	
Ved prisnivå 2011, tillegg	0,107	
Innsparing i 2011 - tillegg	193 728 000	
Omregningsfaktor ut fra Befolkningen i SI		1,33
Innsparing omregnet med befolkning		258 300 000
Forventet innsparing per scenario		
Omregningsfaktorer:		
Reduksjon pga. Tynset og Kongsvinger	0,14	222 138 000

Figur 29: Metodisk tilnærming - Beregning av driftsbesparelser i Sykehuset Innlandet. Kilde Strategisk fokus 2025 – Totaløkonomisk effekt og nåverdi per scenario, Hospitalitet 2012.

Figuren under viser foreløpig beregnede årlige besparelser per scenario.



Figur 30: Årlige besparelser. Tall hentet fra Strategisk fokus 2025 – Totaløkonomisk effekt og nåverdi per scenario, Hospitalitet 2012.

Figuren viser at scenario 3A (ett sykehus) gir størst besparelse på om lag 220 mill. kr per år. I den andre enden av skalaen ligger alternativene 1-1 og 1-2 (tre akuttsykehus) med ca 60 mill kr per år i forhold til nullalternativet. Det vises her til forutsetningene beskrevet i innledningen til dette punktet, der flere forhold kan gi ytterligere driftsbesparelser som ikke fremkom-mer ved bruk av "Østfoldmodellen". Også på dette punktet må effekter for divisjonene Tynset, Kongsvinger, Psykisk helsevern, Habilitering og rehabilitering og Prehospitale tjenester trekkes inn i nye beregninger.

Nåverdi og internrente

Nåverdimetoden benyttes for å vurdere om en investering bør gjennomføres eller ikke ut i fra et økonomisk perspektiv. Nåverdi er summen av investeringer og neddiskonterte kontantstrømmer over prosjektets levetid. Det vil si at investeringen sees opp mot hvilke antatte driftsinnsparinger som prosjektet vil gi i årene fremover etter at investeringen er foretatt. I denne beregningen legges det også inn et krav til avkastning, diskonteringsrenten. Denne renten er risikojustert og er vurdert opp mot Finansdepartementets krav for statlige investeringsprosjekter.

Nåverdien er avhengig av satsen for diskonteringsrenten. Sammenhengen er slik at jo høyere rentesatsen er, desto l avere blir nåverdien. Med en positiv nåverdi vil investeringen sett fra et økonomisk perspektiv framtre som forsvarlig ut fra hva diskonteringsrenten innebærer av risikojustering og realrentenivå.

En negativ nåverdi vil tilsvarende vise at investeringen ikke vurderes som økonomisk forsvarlig.

Internrente er den diskonteringsrenten som medfører at nåverdien for et investeringsprosjekt blir null.

Utgangspunktet er at helsetjenestene til befolkningen i opptaksområdet skal ytes på et gitt nivå (jf. "sørge-for-ansvaret"). Tjenesteytingen vil i dette perspektivet kunne løses på alternative måter eller i ulike modeller med ulikt behov for investeringer i bygninger og utstyr. Nåverdien til de ulike investeringsalternativene kan gi en indikasjon på hvilke alternative modeller for tjenesteyting som økonomisk sett er de mest gunstige selv om nåverdiene er negative.

I en offentlig helsetjenestesammenheng vil investeringene sjelden vise positive nåverdier. Dette må sees i forhold til at det ikke finnes markedspriser som grunnlag for inntekstvurderinger og at finansieringssystemet er en blanding av rammefinansiering og aktivitetsbasert finansiering (ISF). Negativ nåverdi kan innebære at betaling for avdrag og rente kan måtte hentes fra ytterligere besparelser i driften.

Det er tidligere gjort beregninger av nåverdier for de ulike scenarioene (Strategisk fokus 2025 – Totaløkonomisk effekt og nåverdi per scenario, Hospitalitet 2012). Samtlige scenarioer har i de tidligere beregningene negativ nåverdi. Disse beregningene er basert på forutsetninger som er endret. Nye beregninger av nåverdi og internrente vil bli utført med nytt datagrunnlag og med nye forutsetninger i de neste planfasene.

Finansiering

Investeringer kan finansieres gjennom en kombinasjon av lån og egenkapital. Lån fra Helse- og omsorgsdepartementet kan dekke inntil 70 prosent av behovet. Sykehuset Innlandet vil i 2020 disponere om lag to milliarder kroner i form av "langsiktig fordring investeringstilskudd" hos Helse Sør-Øst. Denne modellen representerer en endring i forhold til forutsetningen da de tidligere analysene ble gjennomført.

I tillegg kommer eventuelle inntekter fra salg av eiendommer. Det er stor usikkerhet knyttet til salgsverdien av eiendommene, og dette punktet krever en egen analyse. På grunn av denne usikkerheten er det ikke lagt inn salgsinntekter som en del av finansieringen. Dette må konkretiseres i senere faser.

Posten "langsiktig fordring investeringstilskudd" hos Helse Sør-Øst kan inngå som egen finansiering. Som andre økonomisk midler, har disse en alternativ anvendelse. Dette kan være andre investeringsprosjekter i enten bygninger eller utstyr som ikke er omfattet av denne utviklingsplanen.

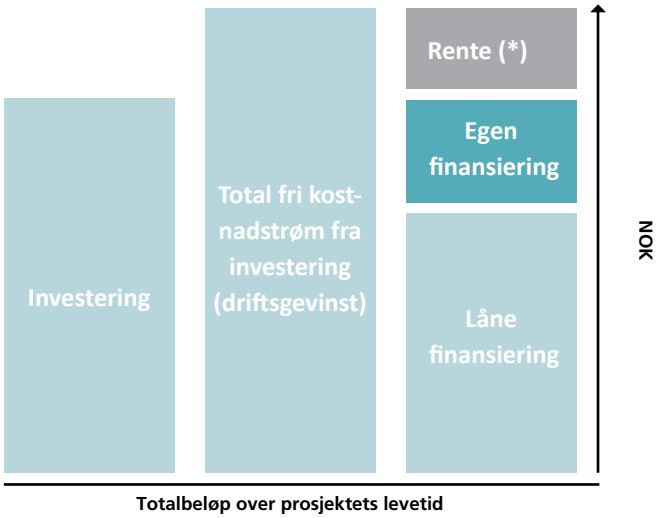
Økonomisk bæreevne

Bæreevneberegningen viser hvilke økonomiske effekter prosjektene har over prosjektets levetid. Analysen tar utgangspunkt i forskjellen mellom innsparing i driften og renter og avdrag på lån. Et prosjekt eller et helseforetak vil ha økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid når summen av innsparing i driften/driftsgevinstene er større enn avdrag og renter på lån.

Positiv bæreevne betyr at prosjektet forsvarer kapitalkostnadene knyttet til investeringen. Kravet er at prosjektet minst må ha bæreevne lik null; dvs. at kapitalkostnadene dekkes og foretakets økonomiske situasjon ikke forverres (summen av driftsgevinstene over levetiden må tilsvare investeringen med påslag for rente).

Alle vurderinger skjer i vurderingstidspunktets prisnivå. En forutsetter her at effekten av pris- og lønnsvekst blir kompensert i de årlige budsjettene.

Figuren under illustrerer økonomisk bæreevne for et prosjekt som sammenhengen mellom investeringer, driftsgevinst og finansiering..



Figur 31: Prinspippskisse økonomisk bæreevne, Helse Sør-Øst 2014

I analysen av økonomisk bæreevne for prosjektet antas det derfor at prosjektet skal generere tilstrekkelig driftsgevinster til å dekke både egen- og lånefinansiering med tilhørende rentepåslag.

På foretaksnivå skal alle driftsøkonomiske effekter inkluderes i analysene, både effekter som er direkte knyttet til investeringsprosjektet og de som er knyttet til virksomheten for øvrig. Videre skal også helseforetakets egenfinansiering inkluderes i analysene. For Sykehuset Innlandets del betyr det at forventet egenfinansiering blir inkludert i analysen av økonomisk bæreevne, noe som reduserer behovet for lånefinansiering.

Helseforetaket kan ha økonomisk bæreevne selv om investeringsprosjektet isolert sett ikke har det. Et prosjekt kan da gjennomføres, men det kan medføre at det må stilles krav til overskudd fra den øvrige virksomheten for å kunne finansiere prosjektets løpende låne- og driftsforpliktelser.

Manglende økonomisk bæreevne innebærer generelt at det er risiko for at deler av investeringen ikke vil ha tilknyttet tilstrekkelige gevinster. Dersom investeringer gjennomføres uten økonomisk bæreevne, vil dette medføre at helseforetaket vil kunne oppleve stram økonomi. Dette ville i sin tur kunne ha negative effekter for både kvaliteten i pasientbehandlingen og gjennomføringsevnen for investeringer.

Sykehuset Innlandet har gjort foreløpige beregninger av bæreevne basert på investeringsbehov og besparelser i driften ("Østfoldmodellen") med nåværende modell for finansiering, rente, levetider mv. Ingen av scenarioene har da økonomisk bæreevne. Det er derfor gjennomført beregninger for å belyse størrelsesorden på de årlige besparelsene som skal til for å oppnå økonomisk bæreevne ved et gitt investeringsnivå.

I Strategisk fokus 2025 – Totaløkonomisk effekt og nåverdi per scenario, Hospitalitet 2012, er det gjennomført beregninger av bæreevne basert på en gitt finansieringsmodell. Som omtalt i avsnittet Finansiering, er modellen endret. Helse- og omsorgsdepartementet har økt mulig låneandel fra 50 til 70 prosent, samt økt avdragstiden på lån fra 20 til 25 år. Helse Sør-Øst forutsetter videre at finanskostnader av hele investeringen beregnes, for å sikre korrekt beregning av totalkostnad og at alternativene blir sammenlignbare.

Beregningene vist her må derfor oppdateres med nye forutsetninger. I neste planfase skal Sykehuset Innlandet også utrede ytterligere scenarioer, og både nullalternativet og en tresykehusmodell skal utredes.

Økonomiske estimater

Tabellen under viser investeringsbehov og beregnet årlig besparelse (2011-tall).

	Scenario	Investeringsbehov	"Besparelser pr. år Østfoldmodellen"
		Hospitalitet, 2012	
		mill. kr	
1-1	Akuttsykehus Hamar - nybygg akuttsykehus Gjøvik og Lillehammer - oppgradering sykehus Elverum - middels ombygging, avhending av Hamar	6 048	60
1-2	Akuttsykehus Elverum - nybygg og lett ombygging, akuttsykehus Gjøvik og Lillehammer - lett ombygging, sykehus, elek/dag/pol Hamar - nybygg,avhending av Hamar	4 156	-
2A	To akuttsykehus ikke lokalisert - nybygg, avhending av de fire eksisterende mjøssykehusene	9 451	111
2B-1	Akuttsykehus Hamar - nybygg, akuttsykehus Lillehammer, nybygg og lett ombygging, sykehus elek/dag/pol Elverum - middels ombygging, sykehus dag/pol Gjøvik - middels ombygging, avhending av Hamar, mulig delsalg ved Elverum og Gjøvik pga lite utnyttet bygningsmasse	6 818	70
2B-2	Akuttsykehus Elverum og Gjøvik - nybygg og lett ombygging, sykehus elek/dag/pol Hamar - middels ombygging, sykehus dag/pol Gjøvik - middels ombygging, mulig delsalg ved Hamar og Lillehammer pga lite utnyttet bygningsmasse	4 985	70
2B-3	Akuttsykehus Hamar - nybygg, akuttsykehus Lillehammer - nybygg, sykehus elek/dag/pol Elverum - middels ombygging, sykehus dag/pol Gjøvik - middels ombygging, avhending av Hamar, mulig delsalg ved Elverum og Gjøvik pga lite utnyttet bygningsmasse	9 716	70
2B-4	Akuttsykehus Hamar - nybygg, akuttsykehus Gjøvik - nybygg og lett ombygging, sykehus elek/dag/pol Elverum - middels tung ombygging, sykehus dag/pol Lillehammer - middels ombygging, avhending av Hamar, mulig delsalg ved Elverum og Lillehammer pga lite utnyttet bygningsmasse	7 160	70
2B-5	Akuttsykehus Elverum og Gjøvik - nybygg og lett ombygging, sykehus elek/dag/pol Hamar - nybygg, sykehus dag/pol Lillehammer - middels ombygging, avhending av Hamar, mulig delsalg og Lillehammer pga lite utnyttet bygningsmasse	5 208	70
2B-6	Akuttsykehus Elverum og Lillehammer - nybygg og lett ombygging, sykehus elek/dag/pol Hamar - middels ombygging, sykehus dag/pol Gjøvik - middels ombygging, mulig delsalg Hamar og Gjøvik pga lite utnyttet bygningsmasse	4 643	70
3A	Ett nybygg. Ingen lokalisasjon valgt, avhending og salg av alle de eksisterende sykehusene.	7 573	222
3B	Ett akuttsykehus i nybygg. Ingen lokalisasjon valgt, middels ombygging av sykehusene i Elverum, og på Lillehammer, Gjøvik og Hamar	7 433	78

Figur 32: Økonomiske estimater per scenario. Tall hentet fra Strategisk fokus 2025 - Beregning av investeringsbehov i ulike scenarioer, Hospitalitet 2012.

Investeringene i tabellen ovenfor krever at Sykehuset Innlandet effektiviserer sin drift for at scenarioene skal ha økonomisk bæreevne.

Nødvendige besparelser i de ulike scenarioer er foreløpig beregnet til 200-550 mill. kr per år når en legger til grunn en egenfinansiering på to milliarder kroner. Dette utgjør omlag to til syv prosent av Sykehuset Innlandets totale inntekstramme i 2011 på 7,4 milliarder kroner.

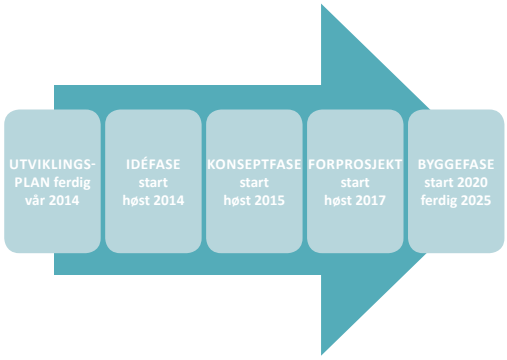
Sykehuset Innlandet vil i de neste planfasene gjøre mer omfattende beregninger og analyser av investeringsbehov, besparelser, nåverdi og bæreevne. I dette arbeidet blir det viktig å beregne de driftsøkonomiske effektene av de ulike scenarioene. Endringer som følger av å ta i bruk moderne sykehusbygg, herunder ny teknologi, optimaliserte bygningsmessige løsninger og driftsmodell, kan føre til både driftsøkonomiske gevinster og kvalitetsmessig bedre pasientbehandling.

Sykehuset Innlandet vil gjøre slike beregninger for de ulike scenarioene som skal utredes i det videre planarbeidet.

6. Veien videre

6.1 Overordnet tidsplan

Sykehuset Innlandet ser for seg følgende overordnede tidsplan, per april 2014:



Figur 33: Overordnet tidsplan.

Det vises til kap 1.2 for nærmere beskrivelser av innholdet i de ulike fasene.

6.2 Idéfasen i henhold til veileder

Hovedmålsetningen for idéfasen

Helsedirektoratets veileder "Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter" sier:

- Grunnlag for idéfase er en utviklingsplan som viser prioritert for tiltak som kan gjennomføres innenfor det finansielle handlingsrommet
- I idéfasen skal tiltaket presiseres og avgrenses i forhold til andre tiltak, både når det gjelder økonomisk bæreevne og tid for gjennomføring
- I idéfasen skal det utarbeides et mandat for utredningsarbeidet i konseptfasen. Dette mandatet skal vise hvilke alternative, prinsipielle løsninger (konsepter) som skal utredes, samt rammene for tiltaket

På grunnlag av vedtatt utviklingsplan for Sykehuset Innlandet skal idéfasen identifisere mulige løsninger/alternativer for spesialisthelsetjenester i Innlandet. I tillegg skal idéfasearbeidet identifisere og videreutvikle de alternativer som best understøtter Sykehuset Innlandets visjoner og målsetninger for helsetjenester i opptaksområdet.

Grunnlag for oppstart av idéfasen

Med forutsetningen om at det finnes et finansielt handlingsrom vil Sykehuset Innlandets utviklingsplan danne grunnlag for å beslutte igangsetting av en tidligfase for prioriterte prosjekter. Forut for denne beslutningen må helseforetaket ha valgt ut det prosjektet som har høyest prioritet.

Beslutning om oppstart idéfase skal inneholde et mandat for oppgaven som omfatter:

- Mål for idéfasen
- Mål, forutsetninger og rammer for prosjektet
- Idésøk, identifisering av prinsipielle alternative løsninger (konsepter)
- Ressurser for gjennomføring av idéfasen
- Plan for gjennomføringen av idéfasen

Innhold i idéfasearbeidet

Idéfasen skal presisere behovet og identifisere mulige, prinsipielle løsningsalternativer. Det omfatter både virksomhetsmessige løsninger og fysiske byggløsninger (investeringsprosjekt). Første aktivitet i idéfasen blir å presisere og avgrense det valgte prosjektet i forhold til andre tiltak.

Idéfasen omfatter følgende aktiviteter:

- Gjennomgå utviklingsplanen og eventuelt underlaget for denne.
- Nødvendige oppdateringer, suppleringer og justeringer av nåsituasjonen, datagrunnlaget og det aktuelle prosjektet.
- Avgrense prosjektet fra andre prosjekt i utviklingsplanen. Dette kan omfatte kapasitet, arealer, investeringer og tid.
- Gjennomføre et idésøk som viser bredden i mulige, alternative løsninger. Presisere hvilke alternative løsninger som skal utredes i konseptfasen. Alternativene skal være reelle og kunne skilles klart fra hverandre.
- Utarbeide mandat for konseptfasen.
- Utarbeide følsomhetsanalyser på et overordnet nivå.

Beslutninger i sluttfasen av idéfasen

Idéfasen skal avklare hvilke alternative prosjekt som er "liv laga". At et prosjekt (eller en løsning) er "liv laga" innebærer i følge veilederen at det er:

- **Relevant.** Oppfyller de overordnede målene som gjelder for helseforetaket.
- **Gjennomførbart.** Kan gjennomføres innenfor helseforetakets finansielle handlingsrom.
- **Levedyktig.** Helseforetakets økonomiske bæreevne kan opprettholdes gjennom prosjektets levetid.

Veilederen anbefaler at det bør utredes 3-4 alternativer inklusiv nullalternativet. Alternativene skal være reelle. Hvis utviklingsplanen gir entydige avklaringer på hvilket alternativ som det er aktuelt å gjennomføre, kan antallet som utredes reduseres. Nullalternativet skal utredes.

Oppbyggingen av rapport fra idéfasen

Idéfasen avsluttes med en idéfaserapport som vil omfatte bearbeidet informasjon fra utviklingsplanen om det aktuelle prosjektet, og oppsummering og presisering av utredninger og analyser i idéfasen. Rapporten skal omfatte et mandat for konseptfasen som bl.a. presiserer hvilke alternativer som skal utredes videre. Idéfaserapporten skal inneholde en plan for konseptfasen.

Mandat for konseptfasen skal utredes i idéfasen. I mandatet for konseptfasen bør det inngå:

- Mål for konseptfasen, suksesskriterier
- Mål, forutsetninger og rammer for prosjektet
- Grunnlag for sammenligning av alternativer
- Kriterier for vurdering og valg
- Ressurser og plan for gjennomføring av konseptfasen

Plan for konseptfasen skal utredes i idéfasen. Idéfaserapporten skal omfatte en plan for arbeidet med konseptfasen som bør omfatte:

- Hovedleveranser i konseptfasen
- Suksessfaktorer
- Organisering, roller/ansvar, forholdet mellom prosjekt og driftsorganisasjon
- Aktiviteter og milepeler
- Tidsplan
- Ressursbehov, kostnader
- Vurdering og oppfølging av krav til bygningsvern
- Opplegg for styring og kvalitetssikring

6.3 Videre arbeid

I styresak 016-2014 vedtok styret at følgende alternative strukturelle løsningsmodeller skal utredes i idéfasen:

A. Fremtidig modell med nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua

B. Fremtidig modell med 2 akuttsykehus i Mjøsregionen

C. Fremtidig modell med 3 akuttsykehus i Mjøsregionen

D. Fremtidig modell med 4 akuttsykehus i Mjøsregionen (nullalternativet, videreføring av dagens modell)

Nullalternativet skal vise konsekvensene av å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten og bygg over byggets (-enes) resterende levetid, med minst mulig kostnad. I nullalternativet skal det utredes hvilke økonomiske konsekvenser det får for helseforetaket med en 3 til 10 års utsettelse av beslutning av en ny stor investering (ny sykehusstruktur). Når nullalternativet antas å ha lengre tidshorisont må det gjøres tilpasninger for å få en tidshorisont som er sammenlignbar i forhold til de øvrige alternativer. Her vises for øvrig til Finansdepartementets veileder nr. 8, "Nullalternativet" datert 28.4.2010.

Alle disse fire alternative strukturelle løsningsmodellene skal utredes med hensyn til:

1. Fremtidig innhold og struktur for somatiske spesialisthelsetjenester utenfor Mjøsregionen, herunder innhold ved SI Kongsvinger, SI Tynset og lokalmedisinske sentre
2. Fremtidig innhold ved sykehus i Mjøsregionen som ikke tillegges akuttfunksjoner (modellene A, B og C)
3. Fremtidig struktur og organisering av habilitering og rehabilitering
4. Fremtidig struktur og organisering av psykisk helsevern
5. Kapasitet, lokalisering og organisering av prehospitale tjenester

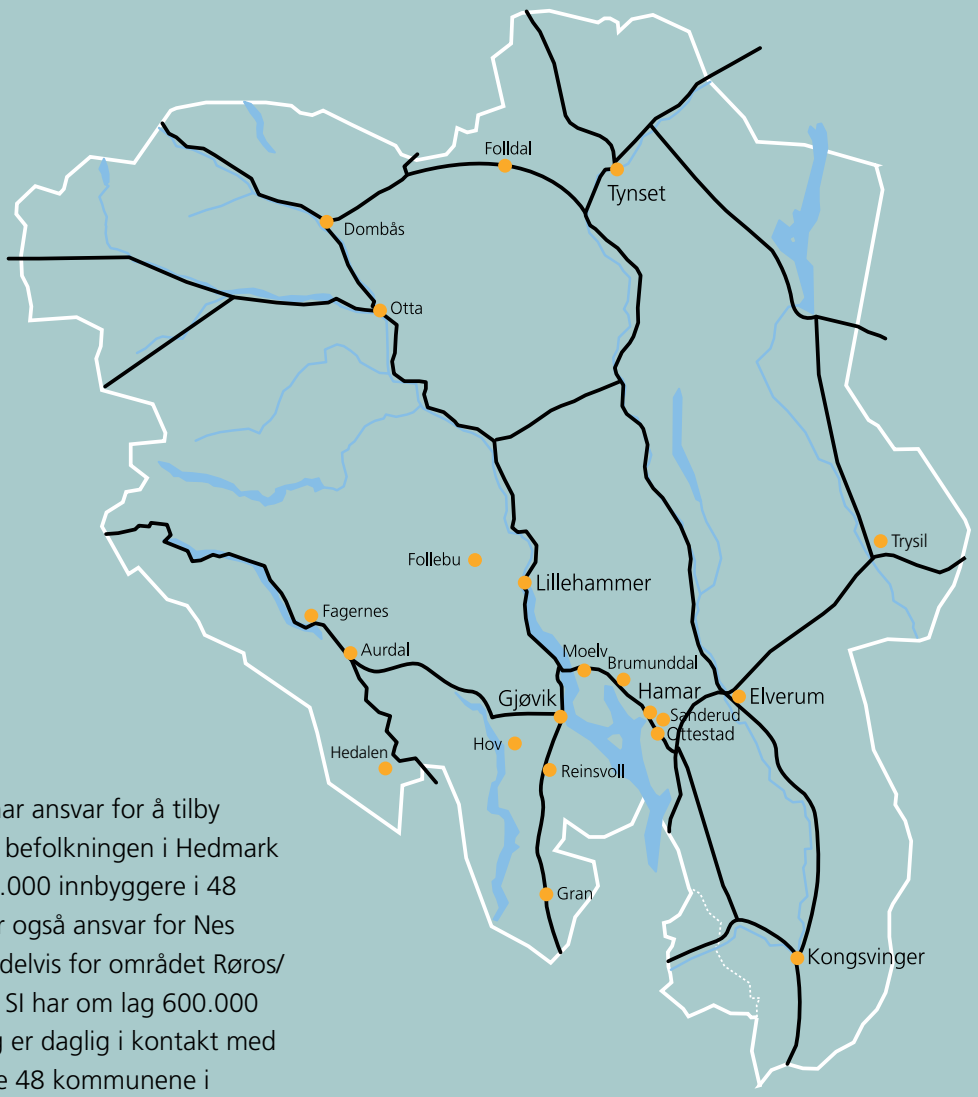
I Mjøsregionen inngår de somatiske sykehusene Elverum, Gjøvik, Hamar og Lillehammer.

Et mandat for idéfasen legges frem i egen styresak.





Sykehuset Innlandet – vi er der når du trenger oss.



Sykehuset Innlandet HF har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen i Hedmark og Oppland med ca. 390.000 innbyggere i 48 kommuner. Foretaket har også ansvar for Nes kommune i Akershus og delvis for området Røros/ Holtålen i Sør-Trøndelag. SI har om lag 600.000 pasientkontakter pr år og er daglig i kontakt med primærhelsetjenesten i de 48 kommunene i Hedmark og Oppland.

Pb. 104, 2381 Brumunddal
Telefon 06200 • www.sykehuset-innlandet.no

Sykehuset Innlandet HF

HELSE SØR-ØST