

Sykehuset Innlandet HF
Styremøte 26.01.17

SAK NR 004 – 2017
VIDEREFØRING AV TIDLIGFASEARBEIDET I SYKEHUSET INNLANDET –
FREMLEGGELSE AV SAMFUNNSANALYSE I IDÉFASE

Forslag til

VEDTAK:

Styret tar «Samfunnsanalyse ved fremtidig sykehusstruktur» til orientering.

Brumunddal, 19. januar 2017

Alice Beathe Andersgaard
administrerende direktør

Bakgrunn

Innledning

Som en del av styrets vedtak i sak 054-2012 Strategisk fokus 2025, fikk administrerende direktør i oppdrag å utarbeide opplegg for en samfunnsanalyse med utgangspunkt i vedtatt strategisk utviklingsretning. Bakgrunnen for å sette i gang en samfunnsanalyse på et tidlig stadium i planprosessen var at flere høringsinstanser i Strategisk fokus 2025 forutsatte at en slik analyse ble gjennomført..

I styresak 035-2013 godkjente styret igangsetting av en slik samfunnsanalyse. Styret godkjente i samme sak at et innspillsnotat utarbeidet av planavdelingene i Hedmark og Oppland fylkeskommuner ble lagt til grunn som anbuds-/konkurranses grunnlag.

I styresak 036-2014 behandlet styret i Sykehuset Innlandet samfunnsanalysen, utført av Asplan Viak. Fra vedtaket siteres følgende:

1. *Styret tar den fremlagte samfunnsanalysen til etterretning, og ber om at den blir lagt til grunn i det videre planarbeidet.*
2. *Samfunnsanalysen er gjennomført på et tidlig stadium i planprosessen. Styret ber om at administrasjonen senere i prosessen tar initiativ til å oppdatere samfunnsanalysen i samarbeid med Oppland og Hedmark fylkeskommuner slik at dette ivaretas i tidligfaseplanleggingen.*

Styret besluttet i 082-2015 at fremtidig sykehusstruktur skal avklares i idéfasen. I saksfremlegget legges det til grunn at det gjennomføres en samfunnsanalyse som en del av idéfasen.

Mandat

Styret i Sykehuset Innlandet vedtok i sak 037-2016 en fremskynding av arbeidet i foretakets idéfasearbeid. Forutsetningene for en fremskynding er beskrevet i saken. For samfunnsanalysen er konsekvensene beskrevet slik:

«Arbeidet med samfunnsanalyse påbegynnes i september 2016 og deles i to trinn. Trinn 1 av arbeidet forutsettes utført før medio november 2016, og trinn 2 må utarbeides etter styremøtet i november 2016, senest innen utgangen av 2016. Samfunnsanalysen kan under disse forutsetninger styrebehandles og sendes på høring sammen med idéfaserapporten medio januar 2017. Forutsetningen for fremdriften over er at analysen i en viss grad kan bygges på samfunnsanalysen fra 2014, hvor kravspesifikasjonen var basert på innspill fra en arbeidsgruppe bestående av representanter fra fylkeskommunene i Hedmark og Oppland.»

Sykehuset Innlandet har fulgt opp vedtaket, og innhentet en oppdatering og utvidelse av samfunnsanalysen fra 2014.

Behandling i politisk referansegruppe

Referansegruppens mandat er å komme med råd, synspunkter og innspill til Sykehuset Innlandets langsiktige utviklingsprosess.

Referansegruppen behandlet en plan for gjennomføring av samfunnsanalyse i møte 21. juni 2016, sak 6. og sluttet seg til følgende forslag:

Sykehuset Innlandets referansegruppe for tidligfaseplanlegging (politisk referansegruppe) er et naturlig referanseorgan ved en oppdatering av samfunnsanalysen. Etter styrets vedtak i sak 036-2014 har referansegruppens mandat i styresak 020-2015 blitt utvidet til å omfatte hele spesialisthelsetilbudet i Innlandet, gjennom hele tidligfasearbeidet. Referansegruppens sammensetning er senere også utvidet med to representanter fra KS Hedmark og Oppland (styresak 096-2015, orienteringssak 13), slik at den nåværende referansegruppen kan videreføre de perspektivene som var representert i utformingen av mandat for samfunnsanalysen av 2014.

Et utkast til samfunnsanalysen ble presentert i politisk referansegruppe i møtet 6.januar 2017.

Saksframstilling

Samfunnsanalysen i idéfasen vurderer mulige samfunnsmessige konsekvenser av ulike strukturelle løsningsmodeller¹ i et 2040-perspektiv. Dokumentet er et supplement til øvrige utredninger og må leses i sammenheng med idéfaserapporten. I tråd med idéfaserapporten (kap. 8.7) er det gjort samfunnsanalyse på seks representative alternativer i tillegg til nullalternativet.

Samfunnsanalysen er utført av Asplan Viak. I sin innledning poengterer utrederen at analysene er gjort på et overordnet nivå, men at det er lite sannsynlig at mindre endringer i de ulike alternativene vil få store utslag på resultatene:

«Helsedirektoratets Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (IS-1369) omtaler en analyse av samfunnsmessige konsekvenser som en del av konseptfasen. Sykehuset Innlandet har i tillegg valgt å gjøre foreløpige samfunnsanalyser i forbindelse med utviklingsplanen og i idéfasen. Samfunnsanalysen i idéfasen innebar en vurdering av mulige samfunnsmessige konsekvenser av ulike strukturelle løsningsmodeller i et 2040-perspektiv. Dokumentet er et supplement til øvrige utredninger og må leses i sammenheng med idéfaserapporten. Ytterligere kunnskapsinnhenting på bakgrunn av mer detaljerte forutsetninger gjøres i konseptfasen.

Fordi man fremdeles er svært tidlig i planleggingen av fremtidig sykehusstruktur vil analysene være på et overordnet nivå. Mindre endringer i de ulike alternativene som utredes er likevel lite sannsynlig at vil få store utslag på resultatene i samfunnsanalysen. Når vi ser på regionale virkninger av en endring i sykehusstrukturen skal det relativt store endringer til for å få betydelige utslag, for eksempel på sysselsettingsvirkninger eller byutvikling.»

De ulike temaene som er utredet i samfunnsanalysen er:

- Regional utvikling
- Persontransport
- Energibruk i bygg
- Rekrutteringsmuligheter
- By- og regionutvikling

Ved samfunnsanalysen i 2014 ble det i tillegg utredet hensynet til samfunnssikkerhet og folkehelse. Disse analysene ga ingen særlige funn, og disse områdene ansees for å være tilstrekkelig avklart i analysen fra 2014.

¹ Modellene er beskrevet i vedlegg 1 til denne styresaken

Hovedfunn

Analysen viser at visse drivkrefter forventes å virke ulikt i aktuelle modeller for en fremtidig sykehusstruktur. Momenter i analysen:

- Det vil være befolkningsvekst i alle bo- og arbeidsmarkedsregionene i Innlandet hvor det i dag er sykehus, uansett hvilken modell som velges.
- Modeller med to og tre akuttisykehus gir intern omfordeling av befolkningsutviklingen
- Hovedsykehus gir en jevnt fordelt vekst i «Mjøsbyen». De sykehusansatte vil i stor grad bo i de største tettstedene slik som nå.
- Det vil kunne bli økt persontransport i alle modeller, størst økning ved stor grad av samling
- Det vil kunne bli mindre energiforbruk ved nybygg og samlokalisering.
- Et større sykehus vil kreve rekruttering fra flere av dagens bo- og arbeidsmarkedsregioner.
- Lokalisering i bysentrum gir positiv effekt på sentrumsutvikling i de byene som velges.
- Lokalisering utenfor bysentrum er ikke forventet å svekke befolkningsutviklingen i byene.

Regional utvikling

Under dette temaet analyseres effekter for sysselsetting og befolkningsutvikling i de ulike regionene i Innlandet. Basert på en fremskriving av antall årsverk i ulike strukturelle løsningsmodeller, er det vurdert virkninger på befolknings- og sysselsettingsutvikling i bo- og arbeidsmarkedsregioner der det i dag er akuttisykehus. Det samme er gjort for «Mjøsbyen» samlet. «Mjøsbyen» er definert som Lillehammer, Gausdal, Gjøvik, Vestre Toten, Ringsaker og Hamar og Stange kommuner.

Alternativ 1A med et hovedsykehus ved Mjøsbrua vil i sum forsterke befolkningsutviklingen i «Mjøsbyen». På kort sikt antas at mange vil foretrekke å pendle fra bostedene.. Etterhvert styrkes byene og tettstedene i «Mjøsbyen». Det antas ikke at Biri eller Moelv vil være store nok til å tilby de ansatte ved Mjøsbrua tilstrekkelig offentlig og privat service til at flytting fra de nåværende byene til Moelv eller Biri blir omfattende.

Alternativ 1A vil gi økt befolknings- og sysselsettingsvekst sammenholdt med nullalternativet i Hamarregionen, Gjøvikregionen og Lillehammerregionen, mens Elverumsregionen vil få en redusert vekst. Alternativ 1A med poliklinikk og dagbehandling i dagens sykehusbyer i Mjøsregionen, (justert 1A) og alternativ 1C (Elverum beholdes som akutt eller elektivt sykehus) gir mindre utslag. Alternativ 1C vil gi økt befolknings- og sysselsettingsvekst sammenholdt med nullalternativet i alle de fire bo- og arbeidsmarkedsregionene (Elverum, Gjøvik, Hamar og Lillehammer).

I to- og tresykehusmodellene vil virkningene på befolkningsutviklingen langt på veg innebære en betydelig intern omfordeling av befolknings- og sysselsettingsvekst i Mjøsregionen. Alle de utredede alternativene gir en sterk vekst i den bo- og arbeidsmarkedsregionen som har sykehus med akutte områdefunksjoner og en tilsvarende negativ utvikling andre steder.

For Tynsetregionen og Kongsvingerregionen innebærer samtlige alternativ noe redusert bemanning sammenlignet med nullalternativet. Dette vil føre til en redusert befolkningsvekst i disse områdene.

For «Mjøsbyen» samlet vil alle alternativene gi økt befolknings- og sysselsettingsvekst, sammenlignet med nullalternativet. Denne utviklingen er vurdert til å være sterkest i alternativer med et hovedsykehus ved Mjøsbrua.

Samfunnsanalysen omfatter hele Innlandet, men fokuserer på de områdene som påvirkes av en strukturendring. Kapitlet om regional utvikling omfatter kun de bo- og arbeidsmarkedsregionene der det er regionale virkninger som følge av endret sykehusstruktur. Virkningene av økt aktivitet ved lokalmedisinske sentre er omtalt i kapittel 3.2.2 «Desentralisering av tjenester».

Utviklingen ved lokalmedisinske sentre gjør at flere pasienter i fremtiden vil kunne få sin behandling desentralt, men det er i idéfasen ikke grunnlag for å beregne hvilke virkninger dette vil kunne få for de områdene som er utredet i samfunnsanalysen. Omfanget av de desentraliserte tjenestene avhenger av hvor store ressurser som blir frigitt gjennom strukturendringen.

Persontransport

Samfunnsanalysen peker på at samling av aktivitet innebærer at rekruttering av arbeidskraft vil skje innenfor et større omland. Det innebærer at andelen gående og syklende vil reduseres i forhold til nullalternativet, mens andre transportmidler øker tilsvarende. Samlet gir dette en betydelig økning i transportarbeidet, og dermed også for klimagassutslipp fra persontransport. Sammenlignet med nullalternativet innebærer alternativ 1A den største økningen i transportarbeidet og klimagassutslipp fra persontransport.

Det vil være noe usikkerhet ved reisemiddelvalg i et så langt tidsperspektiv, og det er derfor gjort noen sensitivitetsanalyser med variasjon i fordeling av reisemidler. Analysen viser at dette gir små utslag, og lite endringer i hovedresultatene.

Pasient- og pårørendereiser er beregnet med utgangspunkt i alle kommuner i Innlandet, mens arbeidsreiser til LMS, BUP, DPS og ambulansesansatte ikke er inkludert, da det ikke er forutsatt noen endringer i lokalisering av disse enhetene.

Energibruk i bygg

Samfunnsanalysen peker på at arealreduksjon og bygningsmessig fornying bidrar til lavere energibruk i bygg. Samfunnsanalysen viser at alle de utredede alternativene innebærer en reduksjon sammenlignet med dagens bygningsmasse og at alternativ 1A kommer ut med lavest totalt energibehov.

Rekrutteringsmuligheter

Samfunnsanalysen sier at en endring i sykehusstrukturen kan påvirke rekrutteringsmuligheter ved at størrelsen på bo- og arbeidsmarkeder endres eller ved å påvirke hvor attraktive arbeidsplassene oppfattes blant potensielle arbeidstakere. Analysen peker på at et hovedsykehus og et sykehus med akutte områdefunksjoner vil kreve rekruttering fra flere av dagens bo- og arbeidsmarkedsregioner.

Flere avdelinger i helseforetaket er vurdert som sårbare når det gjelder kompetanse og ressurser, blant annet som følge av små fagmiljø der kompetansen til dels er knyttet til enkeltpersoner. Med en samling av fagmiljø i ett- to- og tresykehusmodellene vil det innebære en forbedring sammenlignet med dagens struktur når det gjelder sårbare fagmiljø.

Analysen sier at nærhet til en by kan virke attraktivt på potensielle arbeidstakere, mens det regionale rekrutteringsgrunnlaget er størst ved Mjøsbrua.

Kapitlet om rekrutteringsmuligheter omtaler utdanningsnivå og næringsstruktur i Innlandsperspektiv, mens beregninger av rekrutteringsgrunnlag kun er knyttet til steder som er aktuelle for akuttpsykehus.

By- og regionutvikling

Samfunnsanalysen utreder dette temaet i forhold til statlige planretningslinjer, der det heter at etablering av større institusjoner skal støtte bærekraftig byutvikling. I følge samfunnsanalysen vil en sykehuslokalisering i bykjernen normalt styrke byutvikling og best legge forholdene til rette for en bærekraftig byutvikling. Analysen sier at en sykehuslokalisering utenfor de største byene i Mjøsregionen ikke er forventet å svekke befolkningsutviklingen i byene, men at dette vil kunne påvirke utviklingen av sentrum i de aktuelle byene.

Administrerende direktørs vurdering

Samfunnsanalysen belyser samfunnsmessige konsekvenser av ulike strukturelle løsningsmodeller. Dette er andre gang det er gjennomført en samfunnsanalyse i forbindelse med utviklingen av fremtidig sykehusstruktur i Innlandet. Foreliggende analyse er en oppdatering og utvidelse i tråd med mandatet for idéfasen.

Administrerende direktør tilrår at samfunnsanalysen vedlegges «Idéfaserapport Fremtidig sykehusstruktur» og sendes på høring i tråd med styrets vedtak i sak 077-2016 og xxx-2017.

Tabell 4-1: Utredningsmodeller

Utredningsmodeller	Stort akuttssykehus	Akuttssykehus med indremedisin, anestesi og elektiv heldøgnskirurgi	Akuttssykehus med indremedisin, anestesi og dagkirurgi	Sykehus uten akuttfunksjoner	Sykehuspsykiatri og rus (sentralsykehusfunksjonene) (Hovedscenario)
Fremtidig modell med hovedsykehus ved Mjøsbua Alternativ 1A	Mjøsbua	SI Tynset*	SI Kongsvinger	LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles ved hovedsykehuset
Fremtidig modell med hovedsykehus ved Mjøsbua Alternativ 1C	Mjøsbua	SI Elverum SI Tynset*	SI Kongsvinger	SI Hamar SI Lillehammer SI Gjøvik LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles ved hovedsykehuset
Fremtidig modell med to store akuttssykehus i Mjøsregionen Alternativ 2B	<u>SI Lillehammer</u> SI Elverum SI Kongsvinger	SI Tynset*	SI Gjøvik	SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud
Fremtidig modell med to store akuttssykehus i Mjøsregionen Alternativ 2C	<u>SI Sanderud</u> SI Gjøvik	SI Tynset*	SI Lillehammer SI Kongsvinger	SI Elverum LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles på SI Sanderud
Fremtidig modell med tre store akuttssykehus i Mjøsregionen Alternativ 3B	<u>SI Gjøvik</u> SI Elverum SI Lillehammer SI Kongsvinger	SI Tynset*		SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud
Fremtidig modell med tre store akuttssykehus i Mjøsregionen Alternativ 3D	<u>SI Sanderud</u> SI Lillehammer SI Gjøvik	SI Tynset*		SI Elverum SI Kongsvinger LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles på SI Sanderud
Nullalternativet	SI Lillehammer SI Gjøvik SI Elverum**** SI Hamar SI Kongsvinger	SI Tynset*		LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud

*) SI Tynset beholder akuttkirurgi i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

***) Det er to LMS i dag i Nord-Gudbrandsdal og i Valdres. Det planlegges i tillegg et LMS i Hadelandsregionen

****) Det er totalt fem DPS-er fordelt på 13 geografiske steder i dag

*****) Elverum står i kolonnene for stort akuttssykehus, men har ikke akutt gastrokirurgi og kategoriseres som akuttssykehus