

**Sykehuset Innlandet HF**  
**Styremøte 25.08.22**

**SAK NR 060 – 2022**  
**VIDEREUTVIKLING AV SYKEHUSET INNLANDET HF – KONSEPTFASEN STEG 1**

Forslag til

**VEDTAK:**

1. Styret tar den framlagte *Konseptrapport steg 1 – Videreutvikling av Sykehuset Innlandet* til orientering. Styret støtter styringsgruppens vurdering om at saken er tilstrekkelig utredet og belyst for anbefaling om å gå videre til konseptfasens steg 2.
2. Styret legger til grunn at Sykehuset Innlandets målbilde med utvikling av pasientens helsetjeneste gjennom samhandling med primærhelsetjenesten, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og samling av spesialiserte helsetjenester er i varetatt i utredningen.
3. Styret mener på bakgrunn av en helhetlig vurdering av konseptrapporten steg 1 og styringsgruppens anbefaling at det er alternativet med Mjøssykehuset som best svarer ut utfordringsbildet for Sykehuset Innlandet. Styret anbefaler at dette alternativet blir lagt til grunn i steg 2 av konseptfasen:
  - a. *Mjøssykehus med en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, lokalisert til Moelv.*
  - b. *Stort akutt sykehus med gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi, fødetilbud og akutt indremedisin lokalisert i Lillehammer.*
  - c. *Elektivt sykehus med indremedisinsk profil, dagkirurgi og skadepoliklinikk lokalisert i Elverum sammen med en samhandlingsarena og ny luftambulansbase.*
  - d. *Akutt sykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi.*

- e. *Lokalmedisinske sentra lokalisert til Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Hadeland.*
- f. *Distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.*

Etter en samlet vurdering støtter styret at indremedisinske akuttfunksjoner kan legges til sykehuset i Elverum for det opptaksområdet som i dag har sykehuset i Elverum som sitt lokalsykehus.

4. Styret har merket seg oppdraget gitt i Helse Sør-Øst RHF sin sak 058-2021 «*Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF*», om å planlegge for god drift, rekruttering og opprettholdelse av kompetanse i mellomfasen fram til etablering av ny sykehusstruktur basert på oppdaterte risiko- og sårbarhetsanalyser. Styret erkjenner kompleksiteten i omstillingsprosessen.

Det er påpekt flere risikoområder som styret ber om at følges opp i konseptfasens steg 2. Styret forventer særskilt oppmerksomhet på områdene beholde og rekruttere medarbeidere, økonomi og omstilling. Styret ber om å få framlagt en handlingsplan for å redusere risikoer når endelig vedtak er fattet i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.

5. Styret forutsetter at det også i det videre arbeidet fram mot ny struktur blir lagt til rette for medvirkning fra de ansattes organisasjoner, relevante fagmiljø, brukere og andre interessenter. Prosessen skal være forutsigbar og legge til rette for medvirkning.
6. Styret ber administrerende direktør oversende Sykehuset Innlandets anbefaling til behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF.

Brumunddal, 19. august 2022

Alice Beathe Andersgaard  
administrerende direktør

### Innledning

Sykehuset Innlandets vedtatte framtidige målbilde bygger på videreutvikling av samhandling med primærhelsetjenesten, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og samling av spesialiserte helsetjenester.

Ulike alternativer for en framtidig utvikling av sykehusstrukturen har vært vurdert og diskutert i Sykehuset Innlandet fra 2004. Omfattende utredningsarbeider har konkludert med et behov for å samle flere fagmiljøer og funksjoner og en utvikling med dreining fra nåværende struktur til en organisering som ivaretar gode og helhetlige pasientforløp og som rommer en arbeidsform som er pasientsentrert og tverrfaglig. I konseptfasen steg 1 er to retningsalternativer vurdert som løsning på Sykehuset Innlandet sine utfordringer.

Denne styresaken beskriver arbeidet med «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF» fra juni 2021 til august 2022 og skal sammen med «*Konseptrapport steg 1, Beslutning B3A Videreutvikling av Sykehuset Innlandet*» (vedlegg 2) og orienteringer gitt i styremøter gi styret nødvendig og tilstrekkelig kunnskap til å kunne anbefale et retningsvalg for sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet.

Retningsvalget skal avgjøre om alternativet med Mjøssykehuset eller null-pluss alternativet skal videreutvikles i konseptfasens steg 2. Styrets anbefaling om retningsvalg skal oversendes for behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF 22. september 2022.

Arbeidet i denne fasen er utført i henhold til føringer gitt i vedtak i styresak 058-2021 i Helse Sør-Øst RHF og foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 15. juni 2021 konkretisert i «Prosjektmandat for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF, Konseptfasen» behandlet i styresak 105-2021 Helse Sør-Øst RHF.

Denne styresaken består av administrerende direktørs vurdering og bakgrunnsinformasjon. I bakgrunnsinformasjonen gjengis innledningsvis tidligere vedtak og rammer for konseptfasen. Kapittel 2 beskriver framskrivninger og virksomhetsinnhold i de to alternativene. Kapittel 3 beskriver Sykehuset Innlandets innspill knyttet til de faglige vurderingskriteriene for retningsvalget, samt særskilte vurderinger innenfor rekruttering og kompetanse. Kapitlet avsluttes med en samlet vurdering på bakgrunn av medvirkningsprosessen, herunder innspill fra Brukerutvalget.

Kapittel 4 beskriver konseptfasens utredninger og konklusjoner knyttet til vurderingskriteriene innenfor øvrige temaer, herunder bygningsmessige, miljømessige, regionale og økonomiske forhold.

## Behovet for strukturendring i Sykehuset Innlandet

Ingen av sykehusene i Innlandet kan i dag gi et komplett tilbud med tverrfaglig diagnostikk og behandling. Det er en uttalt funksjonsfordeling mellom de somatiske sykehusene og manglende nærhet mellom somatiske sykehus og sykehuspsykiatrien. Mange av pasientforløpene blir stykket opp og noen pasienter må innom flere av sykehusene for å få utført undersøkelser og behandling. Det er i tillegg flere små og sårbare fagmiljø og en sykehusstruktur som begrenser mulighetene for effektiv drift og mulighetene til å tilby mer spesialiserte tjenester. Sykehusbyggene er for en stor del gamle og i behov av oppgradering og tilpasning til dagens krav.

De demografiske, epidemiologiske, faglige og teknologiske trendene betinger endring for å oppnå gode pasientforløp og for å legge bedre til rette for desentraliserte spesialisthelsetjenester, samhandling med primærhelsetjenesten og utvikling av prehospitale tjenester. Helsetjenestene vil i framtida være mer tverrfaglige, spesialiserte, persontilpassede og teknologidrevet. For å møte morgendagens krav må fagmiljøer og funksjoner i Sykehuset Innlandet samles i større grad enn i dag.

De prosjektutløsende behov er punktvis beskrevet i styringsdokumentet for konseptfasen<sup>1</sup>:

- Dagens sykehusstruktur gir utfordringer for pasientbehandlingen, rekruttering og driftsøkonomi
  - Høy grad av funksjonsfordeling gir usammenhengende pasientforløp. Særlig for pasienter med sammensatte behov
  - Uønsket variasjon i behandlingen
  - Mange pasientreiser mellom sykehusene
  - Små og sårbare fagmiljø, som kan gi rekrutteringsutfordringer
  - En sykehusstruktur som begrenser mulighetene for effektiv drift og mulighetene til å tilby mer spesialiserte tjenester
  - Ressurskrevende parallelle vaktlinjer på ulike lokasjoner
- Behov for nye bygg

Den gjennomsnittlige levealderen i Innlandet øker, og flere av de eldste vil ha store behov for helsetjenester. Over halvparten av tapte leveår skyldes kreft og hjerte- og karlidelser, som særlig rammer den eldre delen av befolkningen. Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser gir flest år med helsetap og rammer oftest folk i yrkesaktiv alder. De sykdomsgruppene som er størst i dag, vil øke kraftig fram mot 2040. Økningen i antall pasienter med sammensatte lidelser har stor betydning for kapasitets- og samhandlingsbehov, både i og mellom sykehus og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og det er sentralt å integrere behandlingen av samtidige somatiske og psykiske helseutfordringer. Dette er vektlagt i målbildet for Sykehuset Innlandet.

Administrerende direktør påpeker at det er en viktig ambisjon ved ny struktur i Sykehuset Innlandet at det skal være relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot og at akutt syke pasienter møtes av personale med høy kompetanse hele døgnet. For å sikre tilbud av god kvalitet med et tilstrekkelig pasientvolum, er det

---

<sup>1</sup> [Styringsdokument Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF \(VSI\) Konseptfase, Februar 2022](#)

lagt til grunn at spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal samles.

## **Medvirkning i konseptfasens steg 1**

Helse Sør-Øst RHF leder arbeidet med konseptfasen. Sykehuset Innlandet har bidratt med fagkompetanse, vurdering av faglige løsninger og beskrivelse av virksomhetsinnhold i de to alternativene som er utredet i konseptfasens steg 1.

Sykehuset Innlandet har i tråd med «*Mandat for konseptfase i arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF*» (vedlegg 1) ansvaret for de interne medvirkningsprosessene i konseptfasen. Foretaket har i konseptfasens steg 1 gjennomført en omfattende medvirkningsprosess som har involvert Brukerutvalget, ledergrupper, divisjonsoppnevnte fagpersoner, fagråd, helsefaglige råd, tillitsvalgte og vernetjeneste på foretaks- og divisjonsnivå.

Sykehuset Innlandet har utarbeidet en medvirkningsplan for å følge opp ansvarsområdene fra prosjektmandatet. Medvirkningsplanen ble behandlet i en intern innspillsrunde for Brukerutvalget, divisjoner, foretakstillitsvalgte (TV20) og hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU) og godkjent i administrerende direktørs ledergruppe.

Medvirkningsarbeidet har pågått fra medio desember 2021 til ultimo juni 2022. Medvirkningsprosessen har vært organisert innenfor fire temaer:

- Avgrensning av alternativer
- Oppdatering av vurderingskriterier
- Faglig vurdering av alternativer
- Utvikling av hovedprogram

Innenfor de tre første temaene har det vært gjennomført innspillmøter med aktuelle interne interessenter, samt skriftlige innspillsrunder. Det er gjennomført regelmessige møter med ledere på ulike nivå og etablerte interne organer, herunder Brukerutvalget, foretakstillitsvalgte (TV20) og hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU), samt arrangert større interne konferanser og dialogmøter.

De interne innspillene har vært rådgivende for administrerende direktørs ledergruppe. Samlede vurderinger fra ledergruppa er framlagt for styringsgruppen. Sykehuset Innlandets forslag til vurderingsvurderingskriterier, tilrådingen om virksomhetsinnhold i alternativet med Mjøssykehuset og virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet samt Sykehuset Innlandets faglige vurdering av alternativene ble behandlet i styringsgruppen<sup>2</sup>. Styret i Sykehuset Innlandet er blitt orientert om prosessene gjennom tema- og orienteringssaker.

Medvirkningsprosessen innenfor hovedprogrammet har vært gjennomført i samarbeid med Sykehusbygg HF. I dette arbeidet er det etablert spesifikke medvirkningsgrupper på ulike nivå med representanter fra ledelse, divisjoner, tillitsvalgte, vernetjenesten og

---

<sup>2</sup> [Styringsgruppens sak 017-2022 Godkjenning av vurderingskriterier for valg av løsningsalternativ, sak 028-2022 Virksomhetsinnhold i alternativet med Mjøssykehuset, sak 040-2022 Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet \(vedlegg\), sak 062-2022 Innspill til retningsvalg fra Sykehuset Innlandet HF.](#)

Brukerutvalget. Dette arbeidet vil bli videreført i konseptfasens steg 2.

Den interne medvirkningsprosessen har bidratt til at Sykehuset Innlandet har fått fram argumenter for ulike løsninger. Det er en stor bredde i de innspillene organisasjonen har bidratt med. Brukere, divisjoner og fagmiljøer har vektlagt ulike hensyn og gjort ulike vurderinger av de to alternativene som er utredet. Innspillene har vært publisert underveis i medvirkningsprosessen og dannet grunnlag for behandling i administrerende direktørs ledergruppe.

En stor del av de interne interessentene har uttrykt støtte til den medvirkningsprosessen som er gjennomført. Andre har uttrykt kritikk mot medvirkningsprosessen. Det har framkommet innspill som at null-pluss alternativet ikke oppleves utredet fullt ut og på en likeverdig måte som alternativet med Mjøssykehuset. Videre har enkelte miljøer gitt uttrykk for at prosessen ikke oppleves tilstrekkelig åpen og transparent og at motforestillinger eller vektige argumenter mot alternativet med Mjøssykehuset ikke blir vektlagt eller viet tilstrekkelig oppmerksomhet. Herunder har det kommet innspill om at det er betydelige risikoer innenfor rekruttering, økonomiske gevinster og fare for senere arealreduksjoner ved alternativet Mjøssykehuset som gjør at prosjektet har for stor usikkerhet, og at for mye er uavklart til at dette alternativet kan velges med dagens kunnskap.

Medvirkningsprosessen har avdekket ulike syn i organisasjonen. Et klart flertall på fagkonferansen i mai og avdelingssjefsamlingen i juni støtter alternativet med Mjøssykehuset, mens et mindre antall vurderer null-pluss alternativet som en bedre løsning. Dette bildet gjenspeiles i de skriftlige innspillene som er levert.

Administrerende direktør mener bredden i innspill har bidratt til å belyse kompleksiteten i saken på en god måte.

### **To alternativer for videreutvikling av Sykehuset Innlandet utredes**

I løpet av konseptfasen er det utredet to alternativer for videreutvikling av Sykehuset Innlandet:

#### **Alternativet med Mjøssykehuset**

Innholdet i alternativet med Mjøssykehuset framgår av «Mandat for konseptfase i arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF» datert 13. desember 2021:

*Hovedprogram og konseptuelle løsninger skal omfatte virksomheten som berøres av ny sykehusstruktur. Dette omfatter:*

- a) *Mjøssykehus med en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, lokalisert til Moelv.*
- b) *Stort akutt sykehus med gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi, fødetilbud og akutt indremedisin lokalisert i Lillehammer.*
- c) *Elektivt sykehus med indremedisinsk profil, dagkirurgi og skadepoliklinikk lokalisert i Elverum sammen med en samhandlingsarena og ny luftambulansbase.*
- d) *Akutt sykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi.*
- e) *Lokalmedisinske sentra lokalisert til Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Hadeland.*

- f) *Distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.*

*Det skal som del av steg 1 i konseptfasen utredes om det kan legges indremedisinske akuttfunksjoner til det elektive sykehuset i Elverum for opptaksområdet som i dag har sykehuset i Elverum som sitt lokalsykehus.*

### **Null-pluss alternativet**

Mandatet for konseptfasen har beskrevet følgende innhold i null-pluss alternativet:

*Null-pluss alternativet skal omfatte:*

- a) *Videreføring av sykehusene i Lillehammer og Gjøvik som store akuttisykehus.*
- b) *Erstatningssykehus for sykehuset i Hamar med en hensiktsmessig funksjonsfordeling med sykehuset i Elverum.*
- c) *Akuttisykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi.*
- d) *Lokalmedisinske sentra lokalisert til Nord-Gudbrandsdal og Valdres, samt polikliniske tilbud på Hadeland.*
- e) *Distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.*
- f) *Styringsgruppen vurderer eventuelle tilpasninger som er nødvendige for å opprettholde og videreutvikle et faglig forsvarlig tilbud, etter innspill fra Sykehuset Innlandet HF.*

Styringsgruppen godkjente en videre utredning av et alternativ hvor akutt indremedisin for lokalsykehusområdet Elverum legges til sykehuset i Elverum i begge de to alternativer som utredes. Vurderinger av medisinskfaglige forhold er pekt på som risiko ved å opprettholde akutt indremedisin ved sykehuset i Elverum.

Administrerende direktør støtter at et alternativ med akutt indremedisin til sykehuset på Elverum kan utredes videre.

### **Ni vurderingskriterier for retningsvalget**

Styringsgruppen besluttet følgende ni vurderingskriterier for retningsvalget i konseptfasens steg 1:

1. Trygge og gode tilbud
2. Gode fagmiljøer
3. God tilgjengelighet
4. Organisering som underbygger gode pasientforløp
5. God ressursutnyttelse
6. Kvalitet, generalitet, fleksibilitet og elastisitet ved bygningsmassen i de to retningsvalgene
7. Bærekraft i form av ytre miljø, energibehov og CO2 utslipp
8. Regional utvikling
9. Investering, driftseffekter og bæreevne

De fem første kriteriene er vurdert gjennom medvirkningsprosessene i Sykehuset Innlandet. De øvrige har vært vurdert av prosjektet og innleide konsulenter, samt for driftsøkonomi av Sykehuset Innlandet. I en helhetlig vurdering skal pasientsikkerhet, kvalitet og driftsøkonomi vektlegges.

Administrerende direktør ser at begge de to alternativene som utredes har styrker og svakheter. Dette har kommet tydelig fram gjennom prosessene og innspillene. De fleste ledere og medarbeidere ser et stort behov for omstilling og samling av fag og funksjoner, men med ulik konklusjon om hva som er det beste retningsvalget. Det er særlig konsekvenser som belyses gjennom samfunnsanalysen om framtidig rekruttering som vektlegges av de som mener null-pluss er det beste retningsvalget.

For de fem vurderingskriteriene som er vurdert gjennom medvirkningsprosessene i Sykehuset Innlandet, mener et flertall av fagmiljøer og ledere at alternativet med Mjøssykehuset gir best mulighet for utvikling og forbedret pasientbehandling for befolkningen i hele Innlandet. Samling av spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus for både barn og voksne på Mjøssykehuset, vil gi større og mer robuste fagmiljø med bedre mulighet for spesialisering og tverrfaglig tilnærming og bedre mulighet for anskaffelse av moderne medisinsk teknisk utstyr.

Administrerende direktør mener at det er alternativet med Mjøssykehuset som best svarer ut de fem første vurderingskriteriene.

## Risikovurdering

Det ble 28. juni 2022 gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) hvor alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet ble vurdert. Det ble for begge alternativer gjort en vurdering av situasjonen under etablering og etter at ny sykehusstruktur er etablert. I følge risikovurderingen ble det identifisert at null-pluss alternativet har en høyere risikoprofil enn alternativet med Mjøssykehuset for fasen etter at tiltakene er ferdigstilt og satt i drift.

Sammendrag fra rapporten<sup>3</sup>:

*Det samlede bildet for alternativet med Mjøssykehuset indikerer at det etter tiltak ikke finnes risikoer i rød sone. Det vil være noe risiko knyttet til færre spesialiteter på de mindre sykehusene og at det derfor blir essensielt å etablere en god og velfungerende kommunikasjonsstruktur mot Mjøssykehuset. Spesielt er det avstanden fra Elverum sykehus til Moelv som skaper bekymring med hensyn til å bibeholde en akutt indremedisinsk avdeling i Elverum. Oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse vil på sikt skape utfordringer ved begge alternativer, med størst omfang i null-pluss alternativet. Rekruttering vil være en utfordrende faktor for alle sykehusene, og for alternativet med Mjøssykehuset vil det være spesielt viktig å etablere gode rammer rundt arbeidssituasjonen for å øke attraktiviteten.*

---

<sup>3</sup> Konseptfase Sykehuset Innlandet HF. Risikovurdering av virksomheten før og etter idriftsetting av investeringstiltakene. Helse Sør-Øst RHF



*Det samlede bildet for null-pluss alternativet viser at det er 2 risikoer i rød sone etter at tiltak er satt inn. Flere små driftsenheter vil medføre ulemper med tanke på rasjonell drift og utnyttelse av personell. Den eksisterende bygningsmassen byr også på utfordringer med hensyn til å kunne håndtere krav til personvern. Det er forutsatt at man bygger om svært store arealer på eksisterende sykehus, noe som vil kunne gi betydelige driftsulempere over mange år, og behov for å midlertidig ta ned kapasitet for å klare å gjennomføre ombyggingene. Mangel på et hovedsykehus er en uttrykt bekymring som vil kunne bidra til å skape en situasjon med uavklart og fragmentert funksjonsfordeling, der konsekvensene blant annet innbefatter oppdelte pasientforløp, økt pasienttransport og tautrekking om plassering av funksjoner. Dette er det prosjektutløsende behovet. Det kan vurderes tiltak som kan iverksettes med videreutvikling av koordineringsfunksjoner/områdefunksjoner for fagområder, men det har til nå vist seg vanskelig å realisere og anses ytterligere krevende ved et null-pluss vedtak.*

*For fasen frem til idriftsetting av ny sykehusstruktur er det spesielt evnen til å beholde og rekruttere nye medarbeidere som er trukket frem som den største risikoen for begge retningsvalg. Det ble i gjennomgangen påpekt viktigheten av en transparent prosess med stor grad av ansattmedvirkning.*

Det er gjennom konseptfaseutredningen avdekket flere risikoområder. Dette gjelder spesielt områdene rekruttering, økonomi og omstilling.

I medvirkningsprosessene er også akutt indremedisin på sykehuset i Elverum, en eventuell trinnvis utbygging av nytt sykehus, samt reduksjon arealer som fører til at færre fagområder og funksjoner blir samlet i et nytt bygg, vurdert som risikoområder.

Mulighetene for trinnvis utbygging er vurdert i Helse Sør-Øst RHF styresak 005-2019 «Målbilde for videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF», som viser til rapporten «Gjennomgang av idéfaseutredning fremtidig sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet» (Helse Sør-Øst RHF, 2019). Her legges det til grunn at enheter innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling med størst somatisk tilknytning må inngå i trinn 1 ved en eventuell trinnvis utbygging, sammen med virksomheten fra to av dagens somatiske akuttsykehus og spesialiserte funksjoner fra de andre somatiske sykehusene.

### **Styringsgruppens vurdering av alternativene**

Styringsgruppen gjorde i sitt møte 8. august 2022 en helhetlig vurdering av konseptrapporten, herunder hva som gir best pasientbehandling, fagutvikling, rekruttering og kompetanse innenfor tilgjengelige ressurser og med akseptabel risiko.

Styringsgruppen vektlegger tilbakemeldinger fra medvirkningsprosesser i Sykehuset Innlandet basert på de fem første vurderingskriteriene. Det oppsummeres med at det er alternativet med Mjøssykehuset som best svarer ut de prosjektutløsende behovene og gir best mulighet for utvikling og forbedret pasientbehandling for befolkningen i hele Innlandet. Styringsgruppen legger til grunn at en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og rus vil gi et større og mer robust fagmiljø med bedre muligheter for spesialisering, samling av kompetanse og større tverrfaglighet. Samlokalisering er viktig for å kunne gi en mer helhetlig utredning og behandling, samt gjøre det tydeligere for befolkningen, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og

prehospitale tjenester hvor pasienter med sammensatte behov og uavklarte tilstander skal behandles. Styringsgruppen viser også til Sykehuset Innlandets vurdering om at alternativet med Mjøssykehuset gir større handlingsrom for å styrke desentraliserte tjenester utenfor sykehusene.

Styringsgruppens vurdering av investering, driftseffekter og økonomisk bæreevne peker på at alternativet med Mjøssykehuset samlet kommer best ut. Dette gjelder akkumulert likviditetsstrøm, mens forskjellene i nåverdi ikke vurderes å være vesentlige. Styringsgruppen trekker fram at alternativet med Mjøssykehuset forventes å gi best ressursutnyttelse, særlig på grunn av høyere økonomiske driftsgevinster og lavere bemanningsbehov. Dette alternativet gir også mulighet for å samle utstyrsparken og frigi ressurser til mer moderne medisinskteknisk utstyr.

Styringsgruppen viser samtidig til de store forskjellene i tidspunkt for investeringene, hvor alternativet med Mjøssykehuset planlegges med tidlige investeringer med forutsetning om betydelig større økonomiske gevinster enn et null-pluss alternativ. Dette er vurdert opp mot sensitivitetsanalysene som er utført:

*«Sensitivitetsanalysene viser at Sykehuset Innlandet har bæreevne til Mjøssykehusalternativet selv om man kun oppnår 50 prosent av angitte driftseffektiviseringer.»*

I sin vurdering har styringsgruppen også lagt vekt på at null-pluss alternativet gir større muligheter for å gjøre investeringene over en lengre tidsperiode, med en risiko for at oppgradering og vedlikehold av gamle bygg må utsettes. Styringsgruppen legger til grunn:

*«I null-pluss alternativet vil det være mye ombygging og rehabilitering tett på og inne i klinisk drift, noe som vil kunne forstyrre driften over mange år. 85 prosent av arealene må bygges om over en 20 års periode med forventet ½-1 år gjennomføring per sted.»*

Styringsgruppen drøfter også temaet rekruttering i sin anbefaling.

*«Rekruttering fremstår som et særskilt viktig tema (det inngår i kriterium 2 «Gode fagmiljø»). Mange sykehus i Norge, inkludert Sykehuset Innlandet har allerede utfordringer med rekruttering. Behovet for helsepersonell vil øke betydelig i årene fremover.»*

Styringsgruppen viser til innspillene som har framkommet i Sykehuset Innlandets fagmiljøer, hvor det er ulike oppfatninger om hvilke faktorer som har størst innvirkning på rekrutteringsevnen. Det er diskutert hvorvidt fordelene ved en samling av fagmiljøer i et Mjøssykehus vil oppveie ulempene ved en lengre reisevei, særlig for ansatte med mindre spesialiserte oppgaver. Samfunnsanalysen legger vekt på betydningen av reisevei for ansatte som en klar ulempe i alternativet med Mjøssykehuset.

Under kriteriet bærekraft i form av ytre miljø, energibehov og CO<sub>2</sub>-utslipp gir styringsgruppen alternativene samlet sett lik vurdering. Alternativet med Mjøssykehuset vil gi økt CO<sub>2</sub>-utslipp på grunn av transport ved en klart lengre reisevei for mange pasienter og ansatte enn i null-pluss alternativet. Sammenholdt med det

totale CO<sub>2</sub>-utslippet, som også inkluderer utslipp fra drift, modernisering og bygging, vil alternativet med Mjøssykehuset over tid gi noe lavere totalt CO<sub>2</sub>-utslipp.

Samfunnsanalysen legger til grunn at en svekkelse av byene i Innlandet vil forsterke en forventet negativ utvikling av befolkningen i yrkesaktiv alder. I alternativet med Mjøssykehuset legger samfunnsanalysen til grunn at det vil bli mindre attraktivt å flytte til byene og til Mjøsregionen som helhet. Null-pluss alternativet, som opprettholder flere arbeidsplasser i byene, vil ifølge samfunnsanalysen ikke gi tilsvarende konsekvenser. Styringsgruppen har tatt inn i sin vurdering at den oppdaterte samfunnsanalysen konkluderer med at regional utvikling vil ivaretas bedre ved å videreføre sykehusdrift i de største byene i Innlandet.

I sin samlede vurdering peker styringsgruppen på at det er alternativet med Mjøssykehuset som best oppfyller de ni vurderingskriteriene i utredningen. Plasseringen av Mjøssykehuset i Moelv, med få innbyggere, vil utgjøre en rekrutteringsutfordring. I tillegg påpeker styringsgruppen at det er betydelig risiko ved dette alternativet som innebærer en samling av hele eller deler av seks sykehus i et nytt stort sykehus. Styringsgruppen trekker fram behovet for en omfattende organisasjonsutvikling og målrettede tiltak for å sikre rekruttering.

### **Styringsgruppens anbefaling**

Et utkast til anbefaling ble lagt fram og diskutert i styringsgruppens møte 8. august 2022, jf konseptrapporten kapittel 2.7. Styringsgruppen konkluderte etter en helhetlig vurdering med følgende:

*Styringsgruppen anser at prosjektet har utredet de to alternativene grundig og likeverdig gitt rammene fra styrevedtak og foretaksmøte.*

*Det vil alltid i denne type prosesser, være innspill om at prosessene ikke har vært åpne og inkluderende nok, og at ikke alle syn har vært likeverdig representert i arbeidet. Alle dokumenter har vært lagt ut fortløpende etter styringsgruppemøtene. Sykehuset Innlandet har hatt brede innspillsprosesser inkl. fagkonferanse og utvidet avdelingssjefssamling hvor det er lagt til rette for at ulike deler av organisasjonen har sluppet til. Det har vært fire skriftlig innspillsrunder.*

*Det har ikke vært gjennomført noen ekstern høring i denne runden. Det ble sist gjort vinteren 2021 ved valg av alternativ for videreutvikling av Sykehuset Innlandet. Et klart flertall av kommunene ga da uttrykk for at de sluttet seg til hovedtrekkene i målbildet som ble vedtatt av foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 8. mars 2019.*

*Leder av styringsgruppen, prosjektleder og til dels også styreleder i Helse Sør-Øst RHF har siste halvår møtt politisk referansegruppe to ganger, alle helseregioner i Sykehuset Innlandet og dessuten både Fylkesting og Innlandets stortingsrepresentanter.*

*Et flertall av styringsgruppen mener etter en helhetlig vurdering av konseptrapporten og den klare støtten fra Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet, at forventede positive effekter overstiger risikoen ved Mjøssykehusalternativet. Det samme flertallet i styringsgruppen anbefaler derfor at dette alternativet legges til grunn for det videre arbeidet i steg 2 av konseptfasen.*

## Mindretallets begrunnelse

De tre konserntillitsvalgte støtter ikke anbefalingen fra flertallet i styringsgruppen og ønsket foreløpig å avvente en anbefaling. De har gitt følgende begrunnelse, som gjengis i sin helhet her:

*Foreliggende innstilling fra styringsgruppen angir: «Styringsgruppen mener etter en helhetlig vurdering av konseptrapporten og den klare støtten fra brukerutvalget i Sykehuset Innlandet, at forventede positive effekter overstiger risikoen ved Mjøssykehusalternativet. Styringsgruppen anbefaler derfor at dette alternativet legges til grunn for det videre arbeidet i steg 2 av konseptfasen».*

*Brakerutvalgets innspill er særlig knyttet til utfordringene med drift og utvikling i 0+ alternativet, og brukerutvalget uttrykker at «0+-alternativet vil være en ulykke for pasientene i Innlandet. Dette alternativet ville føre til at sykehusene ville fortsette sin endring mot en nedgradert standard».*

*Disse medlemmene anser at begge alternativene vil kunne gi gode og fremtidsrettede helsetjenester av høy kvalitet. 0+ alternativet innebærer fortsatt full akutt-virksomhet ved tre sykehus som alle er godt innenfor kategorien «store akuttisykehus». Lillehammer sykehus vil være sykehuset med minst opptaksområde. Disse medlemmene deler ikke vurderingen av at drift av tre store akuttisykehus i dette store opptaksområdet vil måtte gi nedgradert standard eller være en ulykke for pasientene. Det er også vanskelig å forstå at det i den vedlagte risikoanalysen gis en framstilling av – at også etter tiltak – at drift av tre store akuttisykehus i 0+ alternativet vil gi kritisk risiko for «manglende evne til å ivareta personvern» og «økt behov for personell og en generelt mer krevende driftsøkonomisk situasjon». Dette vil være store sykehusenheter i norsk sammenheng.*

*Driftsgevinster og omfang av investeringer er de avgjørende forutsetningene i den økonomiske sammenligningen mellom alternativene. Gevinstanslagene er i høy grad basert på skjønnsmessige vurderinger. I konseptrapporten er anslaget for driftsgevinster i Mjøssykehuset satt femten ganger høyere enn i 0+ alternativet (370 versus 25 millioner). Disse medlemmene stiller seg tvilende til om det vil være mulig å driftseffektivisere i denne størrelsesorden ved realisering av Mjøssykehuset, og konstaterer at kvalitetssikringsrapporten støtter en slik vurdering: «KSKs foreløpige vurdering er at estimerte driftsgevinster i 2040 på 370 millioner per år i Mjøssykehuset fremstår som optimistisk, spesielt gevinster på NOK 215 millioner knyttet til klinisk somatisk personell. KSK baserer dette på at SI HF har et indeksternkostnadsnivå som allerede i dag er lavere enn landsgjennomsnittet for somatiske tjenester (Kilde: Samdata, 2019)».*

*Også når det gjelder investeringsnivå stiller kvalitetssikrer spørsmål til vurderingene, og påpeker at «ambisjonsnivået for rehabilitering og vedlikehold i null-pluss alternativet er høyt, og på et mye høyere nivå enn dagens».*

*Kvalitetssikrer reiser altså tvil om avgjørende skjønnsbaserte forutsetninger for beregning av bærekraft i alternativene, og disse medlemmene anser at de fremstilte økonomiske beregningene ikke bør tillegges vesentlig vekt. I den øvrige sammenstillingen av alternativene fremkommer det ikke avgjørende forhold som gir et entydig bilde av hvilket alternativ som bør foretrekkes. Etter det disse medlemmene kjenner til har det også vært krevende for endel deltakere i Sykehuset Innlandet å fremme synspunkter til støtte for null-pluss alternativet.*

*Disse medlemmene vil også bemerke at den eksterne gjennomgangen utført av Asplan Viak gir en klar anbefaling av 0+ alternativet framfor Mjøssykehuset, og at de har påpekt vesentlig risiko for svekket rekruttering i et sykehus plassert ved Moelv.*

*Etter disse medlemmenes syn bør ikke styringsgruppen på dette grunnlaget fremme noen anbefaling om hvilket alternativ styret i Helse Sør-Øst bør stille seg bak for videreføring til steg to av konseptfasen, og disse medlemmene støtter derfor ikke vedtaket.*

Det er gjennomført en ekstern kvalitetssikring som følgesvaluering parallelt med utredningene i konseptfasen. Den eksterne kvalitetssikring skriver «... er vår vurdering at alternativene er utredet tilstrekkelig i henhold til det prosjektmandat som faktisk foreligger for konseptfasen, og at dette vil kunne gi grunnlag for sammenligning og valg av retning for konseptfasens Steg 2.»

Styringsgruppen for konseptfasen har vurdert de to alternativene ut fra hva som gir best pasientbehandling, fagutvikling, rekruttering og kompetanse innenfor tilgjengelige ressurser og med akseptabel risiko. Basert på en helhetlig vurdering mente et flertall i styringsgruppen at forventede positive effekter overstiger risikoen ved alternativet med Mjøssykehuset. Styringsgruppen anbefalte at alternativet med Mjøssykehuset blir lagt til grunn for det videre arbeidet i steg 2 av konseptfasen.

Administrerende direktør støtter styringsgruppens vurdering om at saken er tilstrekkelig utredet og at alternativet med Mjøssykehuset best oppfyller de ni vurderingskriteriene. Alternativet med Mjøssykehuset legger best til rette for utvikling mot Sykehuset Innlandets framtidige mål bilde og mulighet for å møte framtidens faglige utfordringer. Administrerende direktør legger til grunn at Mjøssykehuset vil bli det faglige navet og hovedsykehuset i Innlandet.

## **Konklusjon og videre arbeid**

Dette er en sak av stor betydning for pasienter, pårørende og ansatte. Det retningsvalget som nå tas avgjør om alternativet med Mjøssykehuset eller null pluss alternativet med erstatningssykehuset for Hamar blir den framtidige sykehusstrukturen i Innlandet. Administrerende direktør mener at det er svært viktig at det nå tas en beslutning om retningsvalg for Sykehuset Innlandet.

Administrerende direktør deler vurderingene fra Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet som gjennom alle år i arbeidet med videreutvikling av foretaket, har gitt tydelige råd om en mer helhetlig pasientbehandling, samling av pasienttilbudene innenfor somatikk og psykisk helsevern samt utvikling av prehospitaltjenester for å fortsatt tilby gode og framtidsrettede spesialisthelsetjenester til pasientene i Innlandet.

Administrerende direktør støtter flertallet av fagmiljøer og ledere som mener at alternativet med Mjøssykehuset gir best mulighet for utvikling og forbedret pasientbehandling for befolkningen i hele Innlandet

I vurderingen av investeringer, driftseffekter og bæreevne kommer alternativet med Mjøssykehuset best ut. Dette alternativet gir best ressursutnyttelse og en lavere vekst i bemanning fram mot 2040 enn null-pluss alternativet. De økonomiske sensitivitetsanalysene viser at alternativet med Mjøssykehuset opprettholder økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå selv om effektivisering/kostnadstilpasning i

perioden før innflytting reduseres med 50 prosent eller driftsgevinstene reduseres med en tredjedel. Alternativet med Mjøssykehuset har best økonomisk bæreevne på lang sikt.

Samfunnsanalysen peker på flere utfordringer som Innlandet står overfor, både innenfor regional utvikling og langsiktig rekrutteringsevne. Den konkluderer med at null-pluss alternativet kommer klart bedre ut ved at sykehusene ligger i byer og at reisevei til Mjøssykehuset er en risiko for framtidig rekruttering.

Sykehuset Innlandet har rekrutteringsutfordringer innenfor en rekke fagområder i dag, og det er ulike syn på hvilke forhold som har størst betydning for den langsiktige rekrutteringsevnen. Uansett struktur må foretaket arbeide systematisk for å beholde og rekruttere medarbeidere. For å lykkes med dette må utfordringene samfunnsanalysen peker på og innspillene fra ansatte følges opp med tiltak for å utvikle gode fagmiljøer og attraktive arbeidsplasser.

Det er en svært omfattende endring og omstillingsprosess Sykehuset Innlandet skal gjennomføre etter at retningsvalget er tatt. Strukturendringen vil påvirke pasientbehandling, organisering, arbeidsprosesser og ha store økonomiske konsekvenser for helseforetaket. Samfunnsanalysen fra 2020 påpeker at ansattes orientering mot ny struktur vil starte allerede i perioden fra vedtaket om nytt sykehus fattes og fram til åpning.

Foretaket vil utarbeide en handlingsplan som sikrer gode pasientforløp og hensiktsmessige og forutsigbare endringsprosesser for ansatte. Det er risiko ved flytting av fagområder og funksjoner. Avbøtende tiltak for de ulike fagområdene, i ulike tidsperioder må gjennomføres når endelig valg av sykehusstruktur foreligger. Opprettholdelse av gode fagmiljøer i mellomperioden er en forutsetning for å ha gode tilbud de første årene etter innflytting i nytt sykehus.

Administrerende direktør mener at alternativet med Mjøssykehuset legger best til rette for utvikling mot Sykehuset Innlandets målbilde med utvikling av pasientens helsetjeneste gjennom samhandling med primærhelsetjenesten, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og samling av spesialiserte helsetjenester.

Administrerende direktør råder styret til å anbefale at alternativet med Mjøssykehuset blir lagt til grunn for det videre arbeidet i steg 2 av konseptfasen.

# Bakgrunnsinformasjon

## Innhold

Administrerende direktørs vurdering .....	3
Innledning .....	3
Behovet for strukturendring i Sykehuset Innlandet.....	4
Medvirkning i konseptfasens steg 1.....	5
Alternativet med Mjøssykehuset.....	6
Null-pluss alternativet.....	7
Ni vurderingskriterier for retningsvalget.....	7
Risikovurdering .....	8
Styringsgruppens vurdering av alternativene .....	9
Styringsgruppens anbefaling.....	11
Mindretallets begrunnelse.....	12
Konklusjon og videre arbeid .....	13
Bakgrunnsinformasjon .....	15
1. Bakgrunn for konseptfasen .....	18
1.1. Historisk oversikt for arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet ...	20
2. Rammer og ansvar .....	22
2.1. Sykehuset Innlandets oppgaver og arbeidsprosesser .....	23
2.2. Framskrivninger og virksomhetsinnhold i sykehusene for de to alternativene som utredes .....	26
Demografi, sykdomsutvikling og framtidig kapasitetsbehov.....	26
2.3. Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov .....	28
2.4. Beskrivelse av virksomhetsinnholdet i de to alternativene .....	31
Alternativet med Mjøssykehuset.....	31
Mjøssykehuset i Moelv .....	31
Stort akuttpsykehus på Lillehammer .....	32
Elektivt sykehus i Elverum .....	32
Lokalmedisinske sentre .....	33
Distriktpsykiatriske sentre og polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern for barn og unge .....	33
Akuttpsykehus på Tynset.....	33
Beregnet sengekapasitet og fordeling av disse.....	34
Behov for kapasitet og areal.....	34
Null-pluss alternativet.....	35
Stort akuttpsykehus på Hamar .....	36

Akuttsykehus i Elverum.....	36
Stort akuttsykehus på Lillehammer og Gjøvik.....	37
Akuttsykehus på Tynset.....	38
Lokalmedisinske sentre .....	38
Psykiatriske sykehus på Reinsvoll og Sanderud .....	38
Distriktskykiatriske sentre og polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern for barn og unge .....	38
Funksjoner som skal vurderes separat.....	38
Beregnet sengekapasitet og -fordeling .....	38
Behov for kapasitet og areal.....	39
Akutt indremedisin ved elektivt sykehus på Elverum .....	40
3. Utredninger og konklusjoner knyttet til vurderingskriteriene .....	42
3.1 Utredninger og konklusjoner – vurderingskriterier 1-5.....	42
3.1.1 Effektmål 1: Trygge og gode tilbud .....	42
3.1.2 Effektmål 2: Gode fagmiljøer .....	43
3.1.3 Effektmål 3: God tilgjengelighet.....	44
3.1.4 Effektmål 4: Organisering som underbygger gode pasientforløp.....	45
3.1.5 Effektmål 5: God ressursutnyttelse .....	46
3.2 Rekruttering og kompetanse .....	47
3.2.1 Dagens rekrutterings- og bemanningssituasjon.....	47
3.3 Samfunnsanalysens vurdering av rekrutteringsevne .....	49
3.4 Foretakets vurderinger knyttet til området rekruttere og beholde personell...50	
3.5 Omstilling.....	52
3.6 Samlet vurdering i medvirkningsprosessen – kriterium 1-5 .....	53
3.7 Brukerutvalgets uttalelse fra juni 2022.....	55
4. Utredninger og konklusjoner knyttet til vurderingskriteriene 6-9.....	56
4.1. Vurderingskriterium 6 .....	56
Kvalitet, generalitet, fleksibilitet og elastisitet ved bygningsmassen i de to retningsvalgene.....	56
4.2. Vurderingskriterium 7 .....	56
Bærekraft i form av ytre miljø, energibehov og CO <sub>2</sub> utslipp.....	56
4.3. Vurderingskriterium 8 .....	57
Regional utvikling.....	57
4.4. Vurderingskriterium 9 .....	58
Investering, driftseffekter og økonomisk bæreevne .....	58
Investeringskostnader.....	58
Finansiering.....	59
Driftsøkonomiske effekter og gevinster .....	60



Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå .....	62
Oppsummering økonomi og økonomisk bærekraft.....	65

## 1. Bakgrunn for konseptfasen

Helse Sør-Øst RHF gjennomførte i 2019-2020 et omfattende utredningsarbeid som ble dokumentert i prosjektrapportene «Konkretisering av virksomhetsinnhold Sykehuset Innlandet HF» (Helse Sør-Øst RHF, 2020), «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF» (Helse Sør-Øst RHF, 2020) og analysen «Samfunnsanalyse sykehusstruktur Innlandet – Sammenstilling» (COWI AS og Vista Analyse, 2020). Helse Sør-Øst RHF gjennomførte dialogmøter med kommuner og fylkeskommunen i Innlandet samt en høring i første kvartal 2021.

De to rapportene fra utredningsarbeidet og samfunnsanalysen i 2020 og høringsuttalelsene i 2021 lå til grunn for styresak 042-2021 i Sykehuset Innlandet, «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – konkretisering av framtidig målbilde».

Styret i Sykehuset Innlandet behandlet saken 4. mai 2021 og fattet følgende vedtak:

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

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

*Et reelt nullalternativ utredes som et referansegrunnlag.*

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

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

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet sak 058-2021 «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF» 28. mai 2021 og fattet følgende vedtak:

1. *Styret vektlegger at befolkningen i Innlandet skal ha gode og framtidsrettede spesialisthelsetjenester. Sykehusstrukturen skal underbygge samarbeid mellom flere sykehus i nettverk. Prehospitaltjenester skal videreutvikles i nært samarbeid med primærhelsetjenesten. Lokalmedisinske sentra, distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge skal styrkes og gi tilgjengelige tjenester desentralt. Befolkningen skal møte en kunnskapsbasert og nyskapende helsetjeneste og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med pasientsikkerhet, kvalitet og helhetlige pasientforløp.*
2. *Arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF skal videreføres i konseptfase hvor følgende sykehusstruktur legges til grunn;*
  - a. *Mjøssykehus med en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, lokalisert til Moelv.*
  - b. *Stort akuttpsykehus med gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi, fødetilbud og akutt indremedisin lokalisert i Lillehammer.*
  - c. *Elektivt sykehus med indremedisinsk profil, dagkirurgi og skadepoliklinikk lokalisert i Elverum sammen med en samhandlingsarena og ny luftambulansbase.*
  - d. *Akuttpsykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi.*
  - e. *Lokalmedisinske sentra lokalisert til Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Hadeland.*
  - f. *Distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.*

*Det skal i konseptfasen utredes om det kan legges indremedisinske akuttfunksjoner til det elektive sykehuset i Elverum for opptaksområdet som i dag har sykehuset i Elverum som sitt lokalsykehus.*

3. *Styret viser til at det i konseptfasen skal utredes et reelt nullalternativ (null-pluss alternativ), jf. Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. Videre skal muligheter for trinnvis utvikling belyses.*
4. *Planleggingsrammen for etablering av ny sykehusstruktur er 8,65 milliarder kroner (2018-kroner). Styret tar til etterretning at videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF vil medføre vesentlige økonomiske konsekvenser for helseforetaket. Det legges til grunn at Sykehuset Innlandet HF både i perioden før og etter byggeperioden bedrer det økonomiske resultatet og at det i konseptfasen*

*utarbeides konkrete beregninger av økonomisk bæreevne og oversikt over gevinster.*

5. *Styret ber administrerende direktør utarbeide mandat for konseptfasen og framlegge dette for styret snarlig etter vedtak i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.*
6. *Sykehuset Innlandet HF må arbeide med planer for god drift, rekruttering og opprettholdelse av kompetanse i mellomfasen fram til etablering av ny sykehusstruktur. Planene må være basert på oppdaterte risiko- og sårbarhetsanalyser.*
7. *Det forutsettes medvirkning fra de ansattes organisasjoner, relevante fagmiljø, brukere og andre interessenter. Prosessen skal være åpen og forutsigbar for reell involvering.*
8. *Styret viser til at denne saken omfattes av bestemmelsene i paragraf 30 i helseforetaksloven og ber derfor om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF.*

Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF behandlet i møte 15. juni 2021, sak 13: *Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF*. Foretaksmøtet gjorde følgende vedtak:

*Foretaksmøtet slutter seg til Helse Sør-Øst RHF sitt vedtak i styresak 058-2021 Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF, og ber Helse Sør-Øst RHF følge opp dette i det videre arbeidet.*

### **1.1. Historisk oversikt for arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet**

Styresak 042-2021 «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – konkretisering av framtidig målbilde» ga en omfattende oversikt over arbeidet med ny sykehusstruktur fra 2010 og fram til i dag. Vedtak i følgende saker har vært førende for videreutvikling av Sykehuset Innlandet<sup>4</sup>:

- Helse Sør-Øst RHF ga i «Oppdrag og bestilling» for 2013, punkt 4.2.25, Sykehuset Innlandet i oppdrag å utarbeide en helhetlig utviklingsplan med utgangspunkt i Sykehuset Innlandets tre høringsdokumenter Premisser, mål og utfordringer (2010), Strategisk fokus 2025 (2012) og Delplaner (2013). Foretakets utviklingsplan ble oversendt til Helse Sør-Øst RHF i 2014 som grunnlag for en søknad om oppstart av en idéfase i foretaket.
- Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente oppstart for Sykehuset Innlandet sin idéfase i styresak 066-2014 «Sykehuset Innlandet HF – Søknad om oppstart idéfase».

---

<sup>4</sup> Vedtak og sentrale dokumenter finnes på Sykehuset Innlandets nettsider: [Framtidig sykehusstruktur - Sykehuset Innlandet \(sykehuset-innlandet.no\)](https://www.sykehuset-innlandet.no)

- Styret i Sykehuset Innlandet godkjente idéfaserapporten med anbefaling av framtidig målbilde i sak 079-2017 «Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – Godkjenning av idéfaserapport med anbefaling om framtidig målbilde». Styret anbefalte at det i tillegg til Mjøssykehuset utredes behov for døgnaktivitet på ett eller to andre sykehus i Mjøsregionen.
- Styret i Helse Sør-Øst RHF fattet i sak 005-2019 «Målbilde for videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF» vedtak om framtidig målbilde for Sykehuset Innlandet med samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttisykehus, Mjøssykehuset, et akuttisykehus på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av et akuttisykehus og et elektivt sykehus med døgnfunksjoner.
- Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 8. mars 2019 bekreftet det regionale styrets vedtak i sak 005-2019 «Målbildet for videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF».
- Styret i Helse Sør-Øst RHF justerte løsningsalternativene for det framtidige målbildet i styresak 044-2021 «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill».
- Styret i Sykehuset Innlandet anbefalte konkretisering av det framtidige målbildet i styresak 042-2021 «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – konkretisering av framtidig målbilde».
- Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok konkretisering av det framtidige målbildet og videreføring i konseptfase i sak 058-2021 «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF».
- Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 15. juni 2021 sluttet seg til Helse Sør-Øst RHF sitt vedtak i styresak 058-2021 Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF, og ba Helse Sør-Øst RHF følge opp dette i det videre arbeidet.

## 2. Rammer og ansvar

Foretaksmøtet 15. juni 2021 ba Helse Sør-Øst RHF følge opp arbeidet med «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF» og starte konseptfasen.

Den 23. september 2021 behandlet styret i Helse Sør-Øst RHF «Mandat for konseptfase i arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF» i sak 105-2021. Styret vedtok et mandat for konseptfasen, og ga administrerende direktør fullmakt til å fastsette endelig mandat og utnevne deltakere til styringsgruppen. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF godkjente et endelig mandat 13. desember 2021<sup>5</sup>.

Konseptfasen for Sykehuset Innlandet HF skal gjennomføres i to steg:

- Steg 1: Hovedprogram og alternativutredning. Anbefaling av alternativ for utdypning i steg 2.
- Steg 2: Valg og utdypning av hovedalternativ.

Helse Sør-Øst RHF er prosjekteier og har prosjektledelsen i konseptfasen. Styringsgruppen ledes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF og har medlemmer fra ledelse, tillitsvalgte og brukerrepresentanter i Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Innlandet.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en prosjektorganisasjon med ressurser fra Helse Sør-Øst RHF, Sykehuset Innlandet og Sykehusbygg HF til å bistå arbeidet med gjennomføring av prosjektet. Prosjektleder for konseptfasen rapporterer til leder for styringsgruppen.

Sykehuset Innlandets ansvar i konseptfasen er avklart i mandatet:

*Ansatte- og brukermedvirkning er et nødvendig virkemiddel for å sørge for gode løsninger for både virksomhet og bygg. Sykehuset Innlandet HF skal ha ansvar for medvirkningsprosessen som innebærer involvering av brukere, ansatte og deres organisasjoner og vernetjenesten. Helse Sør-Øst RHF sine prinsipper for medvirkning skal legges til grunn.*

*Sykehuset Innlandet HF har ansvar for nødvendig forankring av løsninger hos brukere, ansatte og tillitsvalgte og verneombud i egen organisasjon.*

*Sykehuset Innlandet HF skal sørge for at organisasjonen utvikles og tilpasses til det fremtidige målbildet og at de nye sykehusbyggene understøtter viktige forutsetninger for virksomheten. Helseforetaket skal overta eierskap til og sørge for driften av det nye sykehusbygget når dette er ferdigstilt. Det krever at helseforetaket har eierskap til planene, og at det er god involvering og medvirkning fra ansatte, brukere og vernetjenesten.*

*Sykehuset Innlandet HF har ansvar for følgende innenfor de rammer som er satt:*

- *Legge til rette for medvirkning og bidra med fagkompetanse til utvikling av løsninger*

---

<sup>5</sup> [Mandat konseptfase Sykehuset Innlandet HF.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

- *Sørge for å gi prosjektet nødvendige avklaringer og beslutninger om virksomhetsinnhold, fagfordeling og behandlingsskapasitet*
- *Avklare faglige avhengigheter som grunnlag for plassering av funksjoner, herunder integrering med eksisterende virksomhet*
- *Gjennomføre detaljerte vurderinger av driftsøkonomiske konsekvenser, herunder utarbeide, dokumentere og forankre en konkret gevinstoversikt og oppdatere sin økonomiske langtidsplan som grunnlag for vurdering av bæreevne på helseforetaksnivå*
- *Planlegge og beslutte løsninger for drift av de deler av virksomheten som blir berørt av utbygging i interimperioden fram til nye sykehusbygg er ferdige*

Prosjektmandatet for konseptfasen definerer vurderingskriteriene som skal sørge for måloppnåelse i forhold til effektmålene.

Vurderingskriterier for beslutning om retningsvalg er:

1. Trygge og gode tilbud
2. Gode fagmiljøer
3. God tilgjengelighet
4. Organisering som underbygger gode pasientforløp
5. God ressursutnyttelse
6. Kvalitet, generalitet, fleksibilitet og elastisitet ved bygningsmassen i de to retningsvalgene
7. Bærekraft i form av ytre miljø, energibehov og CO2 utslipp
8. Regional utvikling
9. Investering, driftseffekter og bæreevne

Sykehuset Innlandet har hatt ansvar for å utrede beslutningsgrunnlag for vurderingskriteriene 1-5, prosjektorganisasjonen ledet av Helse Sør-Øst RHF har hatt ansvar for å utrede beslutningsgrunnlag for vurderingskriteriene 6-9.

Styringsgruppen for konseptfasen har behandlet alle utredningene og fattet vedtak i henhold til de ni vurderingskriteriene. Beslutningene ligger til grunn for styringsgruppens endelige anbefaling av 8. august 2022. Det vises til rapporten fra konseptfasen fremlagt for styringsgruppen i Helse Sør-Øst RHF 8. august 2022<sup>6</sup>.

## **2.1. Sykehuset Innlandets oppgaver og arbeidsprosesser**

Sykehuset Innlandet etablerte en prosjektorganisasjon med interne ressurser for å ivareta foretakets ansvar og oppgaver slik det er beskrevet i mandatet for konseptfasen. Leveransene til styringsgruppen blir omtalt under de ulike punktene i denne saken.

Nedenfor følger en kort beskrivelse av de prosessene foretaket har gjennomført for å sikre leveranser til konseptfasens steg 1 i Helse Sør-Øst RHF:

---

<sup>6</sup> [Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF: Konseptrapport steg 1.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

- *Legge til rette for medvirkning og bidra med fagkompetanse til utvikling av løsninger*

Sykehuset Innlandet har utpekt ressurser innenfor de fagfelt og i det omfang som prosjektorganisasjonen har bedt om. Sykehuset Innlandet har bidratt med ressurser innenfor fag (somatikk og psykisk helsevern), økonomi og ledelse i konseptfasen.

Sykehuset Innlandet har i tråd med prosjektmandatet lagt til rette for en omfattende medvirkningsprosess som har involvert Brukerutvalget, ledergrupper, fagmiljøer gjennom utpekte representanter fra divisjonene, fagråd, helsefaglige råd, tillitsvalgte og vernetjeneste på foretaks- og divisjonsnivå. Rådene fra de ulike medvirkningsgruppene i Sykehuset Innlandet er vurdert av ledergruppen og videreformidlet til styringsgruppen. Divisjon Elverum-Hamar har i flere tilfeller ment at oppsummeringene ikke har vært tilstrekkelig nyansert. Styringsgruppen har blitt orientert om divisjonens risikovurdering og andre konkrete vurderinger ....

Sykehuset Innlandet HF har vedtatt en medvirkningsplan for å følge opp disse ansvarsområdene. Foretaket har lagt opp til medvirkning innenfor fire hovedtema i steg 1 av konseptfasen:

- Avgrensning av alternativer
- Oppdatering av vurderingskriterier
- Faglig vurdering av alternativer
- Utvikling av hovedprogram

	Avgrensning av alternativer	Oppdatering av vurderingskriterier	Faglig vurdering av alternativer	Utvikling av hovedprogram
SI ledergruppe				
Divisjonenes ledergrupper				
Tverrfaglig ekspertgruppe				
TV20				
Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU)				
Brukerutvalget				
Fagrådsledermøte				
Fagråd og faggrupper				
Tillitsvalgte og vernetjeneste på divisjonsnivå				
Strategisk medvirkningsgruppe				
Gruppelederforum				
Funksjonsgrupper og temagrupper (steg 2)				

Tabell 1 Medvirkningsorganer i konseptfasen (Sykehuset Innlandet HF)

For de to første temaene er det gjennomført medvirkning i utvalgte interne organer på et overordnet nivå i organisasjonen. For de to siste temaene er det gjennomført bredere medvirkning i organisasjonen. Medvirkningsarbeidet har pågått fra medio desember 2021 til ultimo juni 2022. Det har i tillegg vært gjennomført medvirkningsprosesser innenfor økonomi og rekruttering som grunnlag for Sykehuset Innlandets leveranser innenfor disse områdene.

Medvirkningsprosessen og leveranser utarbeidet på bakgrunn av innspill i prosessen omtales i egne punkter nedenfor. De skriftlige innspillene er innhentet gjennom fire



innspillsrunder basert på notater utarbeidet av prosjektorganisasjonen i Sykehuset Innlandet.

I tillegg til medvirkningsarbeidet er det gjennomført en rekke kommunikasjonstiltak gjennom informasjon gitt i ledermøter på foretaks- og divisjonsnivå, til Brukerutvalget, tillitsvalgte og vernetjeneste. Alle skriftlige innspilldokumenter er publisert fortløpende på minSide (Intranett) og Sykehuset Innlandets nettsider.

- *Sørge for å gi prosjektet nødvendige avklaringer og beslutninger om virksomhetsinnhold, fagfordeling og behandlingsskapasitet*

Foretakets ledergruppe har etter innspill fra Brukerutvalget, divisjonene, tillitsvalgte og vernetjeneste drøftet seg fram til anbefalinger som er behandlet i styringsgruppen. Tilrådingen om virksomhetsinnhold i alternativet med Mjøssykehuset er beskrevet i styringsgruppesak 028-2022<sup>7</sup> som ble behandlet 9. mars 2022. Tilrådingen om virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet er omtalt i styringsgruppesak 040-2022<sup>8</sup> som ble behandlet 6. april 2022.

- *Avklare faglige avhengigheter som grunnlag for plassering av funksjoner, herunder integrering med eksisterende virksomhet*

Sykehuset Innlandet har gjennom møter i en tverrfaglig ekspertgruppe sett på plassering av funksjoner med fokus på behov, nærhet og avhengigheter mellom hovedfunksjoner. Temaet ble behandlet på en avdelingssjefsamling og i en møteserie i foretakets strategiske medvirkningsgruppe supplert med fagressurser fra klinikkene.

- *Gjennomføre detaljerte vurderinger av driftsøkonomiske konsekvenser, herunder utarbeide, dokumentere og forankre en konkret gevinstoversikt og oppdatere sin økonomiske langtidsplan som grunnlag for vurdering av bæreevne på helseforetaksnivå*

Sykehuset Innlandet har i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF vurdert driftsøkonomiske konsekvenser og beregnet driftsgevinster<sup>9</sup> for alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet, se eget kapittel nedenfor. Styret i Sykehuset Innlandet vedtok i sak 039-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023-2026*.

- *Planlegge og beslutte løsninger for drift av de deler av virksomheten som blir berørt av utbygging i interimperioden fram til nye sykehusbygg er ferdige*

Sykehuset Innlandet vil følge opp dette oppdraget i steg 2 av konseptfasen.

---

<sup>7</sup> [028-2022 - Saksfremlegg - Virksomhetsinnhold i Mjøssykehuset.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

<sup>8</sup> [040-2022 Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet 30032022 \(helse-sorost.no\)](#)

<sup>9</sup> [067-2022 - Saksfremlegg - Driftsøkonomiske effekter og gevinstoversikt rev 2.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

## 2.2. Framskrivninger og virksomhetsinnhold i sykehusene for de to alternativene som utredes

### Demografi, sykdomsutvikling og framtidig kapasitetsbehov

Sykehuset Innlandet tilbyr spesialisthelsetjenester til innbyggerne i 41 kommuner i Innlandet fylke og Lunner kommune i Viken fylke, samt Røros og Holtålen kommuner i Trøndelag fylke, som får sitt lokalsykehusstilbud ved sykehuset på Tynset. Dette omfatter et totalt befolkningsgrunnlag på om lag 346 000 innbyggere (2019).

Det er benyttet Statistisk sentralbyrå sitt hovedalternativ for befolkningsprognose som tilsvarer middeltall for nasjonal vekst, fruktbarhet, levealder og netto innvandring (mellomalternativet MMMM).

Befolkningen i opptaksområdet anslås å øke til rundt 360 000 i 2040, noe som tilsvarer en befolkningsvekst på om lag fire prosent.

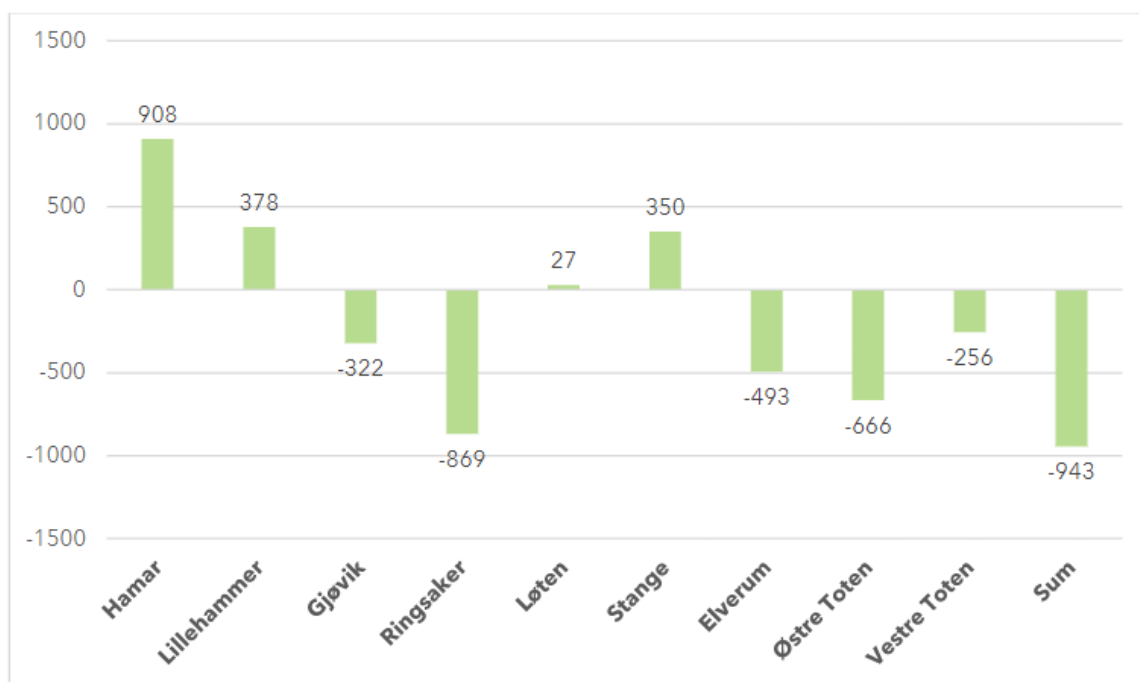
For området samlet er det økende prosentvis vekst med økende alder.

Framskrivningene viser en nedgang i aldersgruppene under 66 år, med størst prosentvis nedgang i aldersgruppen 0-17 år, mens det er en økning i gruppene over 67 år med størst prosentvis vekst i gruppen over 90 år.

Aldersgrupper	Antall innbyggere 2019	Antall innbyggere 2040	Andel av totalbefolkning 2019	Andel av totalbefolkning 2040	Prosentvis endring 2019-2040
0-17 år	66 190	61 708	19	17	-6,8
18-49 år	134 427	126 480	39	35	-5,9
50-66 år	79 740	75 524	23	21	-5,3
67-79 år	47 237	59 378	14	16	25,7
80-89 år	15 079	29 049	4	8	92,6
90 år og eldre	3 581	8 130	1	2	127,0
<b>Sum Innlandet</b>	<b>346 254</b>	<b>360 269</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>4,0</b>

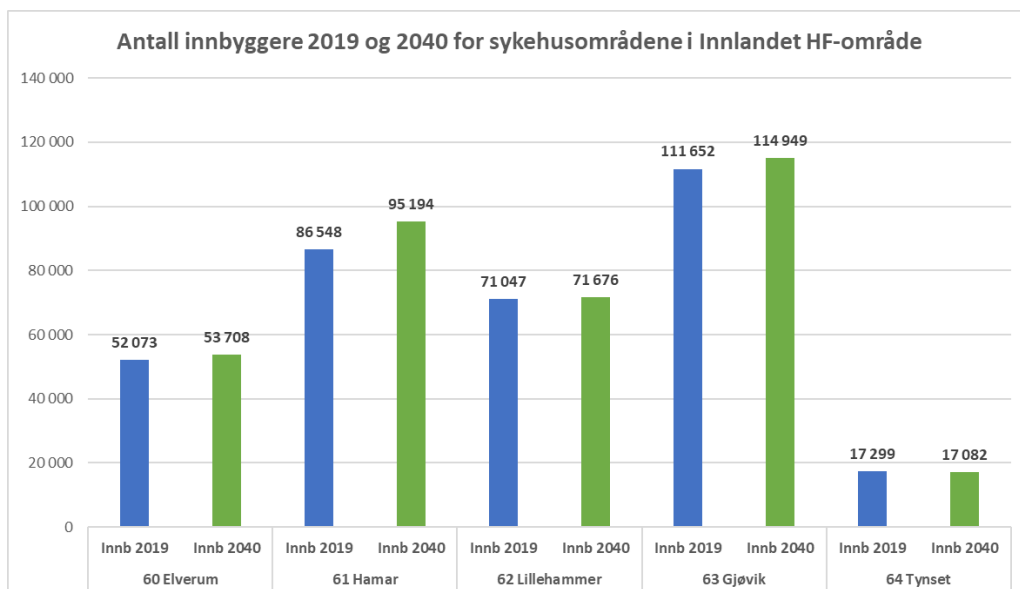
Tabell 2: Befolkningsvekst i Sykehuset Innlandet HFs opptaksområde 2019-2040 (Statistisk sentralbyrå, 2019).

Figuren under viser forventet endring i antall innbyggere i yrkesaktiv alder fra 2020 til 2050 i utvalgte kommuner i Mjøsregionen. Hamarområdet og Lillehammer kommune har sterkeste vekst.



Figur 1: Forventet endring i antall innbyggere i yrkesaktiv alder, 2020-2050, utvalgte kommuner. MMMM-alternativet. Kilde: SSB. (Asplan Viak, 2022)

Figuren under viser antall innbyggere 2019 framskrevet til 2040 for Sykehuset Innlandet etter sykehusområdene. Noen kommuner er delt i forhold til hvilket sykehusområde de tilhører. I tabellen er alle kommuner helhetlig tilordnet et sykehusområde. Tallene for 2040 er basert på det midlere alternativet for framskrivninger som SSB har gjennomført<sup>10</sup>.



Figur 2: Antall innbyggere 2019 framskrevet til 2040 for sykehusområdene i Sykehuset Innlandet HF-område (Statistisk sentralbyrå, 2019)

<sup>10</sup> Det midlere alternativet (alternativ MMMM) har middels nivå på de fire endringsfaktorene fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring.

Framskrivningen viser at alle områdene med unntak av Tynset sykehusområde har en framskrevet vekst i befolkningen fra 2019 til 2040. Høyest vekst blir det i Hamar sykehusområde som får en vekst på 10 prosent over 21-årsperioden.

### 2.3. Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov

Det er i konseptfasen gjennomført en ny framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov ved Sykehuset Innlandet. Det er benyttet befolkningsframskrivning fra 2019 til 2040 utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB) og aktivitetstall fra 2019 fra Norsk Pasientregister (NPR). 2019-tall er benyttet som grunnlag, da dette var siste normale driftsår før pandemien (covid-19). Framskrivningen er foretatt av Sykehusbygg HF etter gjeldende modell for somatikk og av Helse Sør-Øst RHF etter gjeldende modell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Framskrivninger er utført i tre deler:

1. *Nullalternativet*: Framskrivning for hver av lokalisasjonene i Sykehuset Innlandet slik de var i 2019, både for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Datagrunnlagene for de samme lokalisasjonene er benyttet som utgangspunkt for framskrivning til 2040.

2. *Alternativet med Mjøssykehuset*: De ulike enhetene innenfor somatiske fagområder er simulert i pasientdata 2019 så langt det er mulig i tråd med beskrivelsene om fagsammensetning for hver enhet i konkretiseringsarbeidet. Etter simulering i pasientdata og beregning av kapasiteter på disse, er det flyttet senger fra akutt sykehuset på Lillehammer (ti senger) og Mjøssykehuset (20 senger) med ti senger til hvert av de tre lokalmedisinske sentrene.

3. *Null-pluss alternativet*: Funksjonsfordelingen mellom Elverum og Hamar er simulert i pasientdata 2019 i tråd med styringsgruppens vedtak i sak 040-2022 og innspillsnotat fra divisjon Elverum-Hamar datert 21. mars 2022. I etterkant er fordelingen av det polikliniske- og dagkirurgiske volumet justert etter dialog med divisjon Elverum-Hamar, ved at det er flyttet poliklinisk aktivitet og dagkirurgi fra Hamar til Elverum tilsvarende nullalternativet. Øvrige enheter videreføres i tråd med dagens drift, det vil si tilsvarende nullalternativet.

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

	År 2019	År 2040	Prosentvis endring 2017-2040
<b>SOMATISKE HELSETJENESTER</b>			
Døgnopphold	51 585	61 336	18,9
Liggedøgn	185 384	193 856	4,6
Dagbehandling	28 115	39 596	40,8
Poliklinikk	342 263	465 110	35,9
Kirurgi	26 512	32 577	22,9
Døgnkirurgi	12 488	14 270	14,3
Dagkirurgi	14 024	18 307	30,5

Tabell 3: Framskrevet aktivitet for somatikk i Sykehuset Innlandet HF (Sykehusbygg HF, 2022)

Type aktivitet	År 2019	År 2040	Pst-ending 2019-2040
<b>PHV voksne sykehus</b>			
Liggedøgn	38 969	44 269	13,6
Polikliniske konsultasjoner (inkl. dagbehandling)	8 588	12 901	50,2
Gruppekonsultasjoner	168	190	13,4
<b>PHV voksne DPS</b>			
Liggedøgn	26 858	26 406	-1,7
Polikliniske konsultasjoner (inkl. dagbehandling)	86 451	95 943	11,0
Gruppekons	3 920	4 081	4,1
<b>PHV barn og unge døgningstusjoner</b>			
Liggedøgn	5 128	4 441	-13,4
Polikliniske konsultasjoner (inkl. dagbehandling)	243	257	5,8
<b>PHV barn og unge polikliniske tilbud</b>			
Polikliniske konsultasjoner (inkl. dagbehandling)	43 854	46 226	5,4
<b>TSB sykehus</b>			
Liggedøgn	10 394	9 885	-4,9
Polikliniske konsultasjoner (inkl. dagbehandling)	210	249	18,7
<b>TSB DPS</b>			
Polikliniske konsultasjoner (inkl. dagbehandling)	21 258	28 284	33,0
Gruppekonsultasjoner	273	355	30,1

Tabell 4: Framskrevet aktivitet for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling i Sykehuset Innlandet HF (Sykehusbygg HF, 2022)

Det benyttes middels utnyttingsgrader for beregning av kapasiteter i tråd med styresak 114-2018 Helse Sør-Øst RHF, «Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst».

Oversikt over utnyttelsesgrader:

- 85 prosent utnyttelse av ordinære sengeplasser innenfor somatikk og psykisk helsevern for voksne
- 75 prosent utnyttelse av observasjonsplasser, pasienthotellsenger og senger til psykisk helsevern for barn og unge
- 80 prosent utnyttelse av senger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- 45 minutter konsultasjonstid for poliklinikk og åtte timers åpningstid og drift 230 dager i året for somatikk
- 75 minutter konsultasjonstid for poliklinikk og åtte timers åpningstid og drift 230 dager i året for psykisk helsevern
- Fire timers behandlingstid og drift 313 dager i året for medisinsk dagbehandling inkludert dialyse

Disse utnyttelsesgradene er benyttet for beregning av alle typer kapasiteter, med unntak av dialyse. For dialyse er det benyttet høy utnyttingsgrad, med to dialysebehandlinger per stol per dag.

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

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

I tillegg er det i tråd med føringene i styresak 058-2021 Helse Sør-Øst RHF, «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF», beregnet at 20 prosent av den framskrevne polikliniske aktiviteten skal konverteres til digitale konsultasjoner og hjemmeoppfølging. Selv om pasientene ikke møter fysisk vil konsultasjonene kreve arealer (konsultasjonsrom) for helsepersonell, antallet er derfor medregnet i tabellen under. I konkretiseringsarbeidet ble dette volumet (100 000 konsultasjoner) ikke fordelt.

I tabellen under presenteres framskrevet kapasitet for henholdsvis somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Sykehuset Innlandet HF. Somatikk inkluderer habilitering og rehabilitering. Pasienter behandlet ved Sykehuset Innlandet HF bosatt utenfor helseforetakets opptaksområde (gjestepasienter) er også inkludert i framskrivingene.

	2019	2040
<b>SOMATISKE HELSETJENESTER:</b>		
<b>Senger</b> (inkl. hotellsenger elektivt sykehus)	<b>608</b>	<b>652</b>
<b>Dagplasser</b>	<b>87</b>	<b>125</b>
<b>Poliklinikkrom</b>	<b>130</b>	<b>175</b>
<b>Operasjonsstuer</b>	<b>30</b>	<b>36</b>
Døgnkirurgi	18	20
Dagkirurgi	12	16
<b>PSYKISK HELSEVERN:</b>		
<b>Voksne sykehus</b>		
<b>Senger</b>	<b>103</b>	<b>109</b>
<b>Poliklinikkrom</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>PSYKISK HELSEVERN:</b>		
<b>Voksne DPS</b>		
<b>Senger</b>	<b>89</b>	<b>86</b>
<b>Poliklinikkrom</b>	<b>61</b>	<b>67</b>
<b>PSYKISK HELSEVERN:</b>		
<b>Alderspsykiatri</b>		
<b>Senger</b>	<b>24</b>	<b>36</b>
<b>Poliklinikkrom</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>PSYKISK HELSEVERN:</b>		
<b>Barne- og ungdomspsykiatri</b>		
<b>Senger</b>	<b>19</b>	<b>17</b>
<b>Poliklinikkrom</b>	<b>33</b>	<b>35</b>
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>		
<b>Senger</b>	<b>36</b>	<b>34</b>
<b>Poliklinikkrom</b>	<b>19</b>	<b>25</b>

Tabell 5: Framtidig kapasitetsbehov Sykehuset Innlandet HF 2019-2040: Somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. (Sykehusbygg HF, 2022).

For en detaljert beskrivelse av framskrivningene og modellene som er benyttet, henvises det til Sykehusbyggs rapport<sup>11</sup>.

## 2.4. Beskrivelse av virksomhetsinnholdet i de to alternativene

### Alternativet med Mjøssykehuset

Tabellen under gir en oversikt over fordelingen av fagområder og behandlingstilbud som er lagt til grunn for faglige vurderinger, arealberegninger og økonomiske analyser i steg 1 av konseptfasen. Det er i tråd med styringsgruppens vedtak i sak 028-2022 lagt til grunn akutt indremedisin ved Elverum.

	Behandlingssted				
	Mjøss-sykehus	Akutt-sykehus	Elektivt sykehus	Tynset sykehus	LMS
<b>BEHANDLINGSTILBUD</b>					
Psykisk helsevern og TSB*	x				
DPS		x	x	x	x
Habilitering og rehabilitering	x				
Nevrologi	x				
Pediatri	x				
Spesialisert indremedisin (1)	x				
Spesialisert kirurgi (2)	x				
Fødselshjelp (3)	x	x		x	
Akutt kirurgi (4)	x	x		x	
Akutt ortopedi	x	x		x	
Elektiv døgnekirurgi	x	x		x	
Dagkirurgi	x	x	x	x	
Elektiv indremedisin	x	x	x	x	x
Akutt indremedisin (5)	x	x	x	x	

Tabell 6 Fordeling av aktivitet i alternativet med Mjøssykehuset

#### Tabellforklaring:

- (1) Spesialiserte funksjoner innenfor nyresykdommer, blodsykdommer, lungemedisin, infeksjonsmedisin, endokrinologi, hjertemedisin, fordøyelsessykdommer og onkologi
  - (2) Kreftkirurgi, karkirurgi, mamma- og endokrinkirurgi, plastikkirurgi, øre-neste-hals kirurgi, traumekirurgi, øyesykdommer og urologi
  - (3) Fødselshjelp
  - (4) Gastrokirurgi og generell kirurgi
  - (5) Generell indremedisin, hjertemedisin, lungemedisin, infeksjonssykdommer, fordøyelsessykdommer og geriatri
- (\*) Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

### Mjøssykehuset i Moelv

Virksomhetsinnholdet i alternativet med Mjøssykehuset er detaljert beskrevet i Helse Sør-Øst RHF styresak 058-2021 «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF» og i rapportene som ligger til grunn for styresaken. I tråd med disse føringene er følgende virksomhet lagt til Mjøssykehuset:

- All døgnaktivitet innenfor sykehusbasert psykisk helsevern for voksne, barn og unge
- All døgnaktivitet innenfor sykehusbasert tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- All døgnaktivitet innenfor habilitering og rehabilitering
- All døgnaktivitet fra sykehuset på Gjøvik
- All døgnaktivitet fra sykehuset på Hamar

<sup>11</sup> «[Framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning. Konseptfasen ny struktur Sykehuset Innlandet HF. Sykehusbygg HF](#)»

- All døgnaktivitet fra sykehuset på Elverum, unntatt akutt og elektiv indremedisin
- All døgnaktivitet fra sykehuset på Lillehammer innenfor fagområdene barne- og ungdomsmedisin, kvinnesykdommer og nevrologi
- Alle spesialiserte døgnfunksjoner innenfor somatiske fagområder fra alle dagens sykehus
  - onkologi/kreftbehandling
  - spesialisert indremedisin (nyresykdommer, hjertesykdommer, lungesykdommer og fordøyelsessykdommer, endokrinologi, infeksjonssykdommer og blodsykdommer)
  - spesialisert kirurgi (kreftkirurgi, traumekirurgi, karkirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, gynekologi, urologi, plastikkirurg og øre-nese-hals kirurgi)
  - fødselshjelp og kvinnesykdommer (kvinneklipp)
  - nevrologi
  - øyesykdommer
  - barne- og ungdomsmedisin
- Bildediagnostikk og intervensjonsradiologi
- Stråleterapi
- Patologi, mikrobiologi, medisinsk biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin

### **Stort akuttisykehus på Lillehammer**

I tillegg til Mjøssykehuset er det i tråd med styresak 058-2021 i Helse Sør-Øst RHF vedtatt et lokalsykehus for om lag 80 000 innbyggere i Lillehammer med gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi, fødetilbud og akutt indremedisin. Akuttisykehuset får nær tilknytning til tilbud innenfor psykisk helsevern ved at distriktpsikiatrisk senter og poliklinisk tilbud innenfor psykisk helsevern barn og unge er lokalisert samme sted.

Det er i tillegg til døgntilbudet planlagt dagkirurgi innenfor ortopedi, gastrokirurgi og kvinnesykdommer, samt dagbehandling og poliklinikk innenfor indremedisin, gastrokirurgi, ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, barne- og ungdomsmedisin og nevrologi for lokalsykehusområdet.

I tråd med føringene fra konkretiseringsarbeidet er det tillegg til lokalsykehusfunksjonene vurdert å legge en funksjon innenfor ortogeriatri (lavenergibrudd hos eldre) til Lillehammer. Det har i den interne medvirkningsprosessen kommet flere innspill om at dette tilbudet bør vurderes lagt til Mjøssykehuset slik at pasienter ikke transporteres forbi Mjøssykehuset for å få akuttbehandling på sykehuset på Lillehammer.

### **Elektivt sykehus i Elverum**

Det elektive sykehuset i Elverum er i tråd med vedtak i styringsgruppen utredet med akuttfunksjoner for indremedisin for området som i dag har Elverum som sitt lokalsykehus. Dette tilsvarer om lag 60 000 innbyggere.

Utdrag fra vedtak i styringsgruppen sak 040-2022:

*«I likhet med for null-pluss alternativet legger styringsgruppen også til grunn at akutt indremedisin skal legges til Elverum i Mjøssykehus-alternativet»*



Med denne endringen i innhold, vil sykehuset på Elverum bli et akuttpsykehus slik det er definert i Nasjonal helse- og sykehusplan<sup>12</sup>. Det er lagt opp til at pasienter med vanlige tilstander som har behov for innleggelse som øyeblikkelig hjelp innenfor indremedisin, kan behandles på sykehuset i Elverum. Sykehuset vil med denne løsningen ha akuttmottak, sengepost for akutt indremedisin og en overvåkingsenhet for indremedisinske pasienter på nivå med sykehuset på Tynset. Det er i tillegg planlagt en skadepoliklinikk med utvidet åpningstid for behandling og oppfølging av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, for eksempel ved enklere sår- og bruddbehandling. Digitale løsninger kan brukes for alle fagområder i klinisk samarbeid med Mjøssykehuset.

Det er i tråd med føringene fra konkretiseringsarbeidet lagt opp til et bredt poliklinisk og dagkirurgisk tilbud i Elverum. Volumet angitt i konkretiseringsarbeidet forutsetter at befolkningen i Elverums lokalsykehusområde samt Hamar og Stange, som har behov for planlagt dagkirurgisk behandling innenfor ortopedi, gastrokirurgi og kvinnesykdommer, samt planlagt dagbehandling og poliklinikk innenfor indremedisin, gastrokirurgi, ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, barne- og ungdomsmedisin, nevrologi og øye, vil få dette i Elverum. Det angitte volumet legger til grunn at Ringsakers befolkning vil få sitt tilbud ved Mjøssykehuset. Dette er en foreløpig fordeling som vil bli vurdert på nytt hvis dette alternativet blir valgt.

Det har i medvirkningsprosessen kommet innspill om at det bør vurderes å la Hamar og Stanges befolkning i større grad benytte Mjøssykehuset enn sykehuset på Elverum. En løsning kan være å utvide det elektive tilbudet i Elverum med eksempelvis elektiv heldøgns ortopedi, likt null-pluss alternativet. Dette vil frigjøre areal i Mjøssykehuset som tilsvarer arealbehovet for den polikliniske aktiviteten for Hamar og Stange, som da kan flyttes til Mjøssykehuset.

### **Lokalmedisinske sentre**

I alternativet med Mjøssykehuset er det lagt til grunn etablering av et nytt lokalmedisinsk senter på Hadeland. Det er foreløpig planlagt spesialistpoliklinikk, dialyse, onkologi og bildediagnostikk, som ved de lokalmedisinske sentrene i Valdres og Nord-Gudbrandsdal. Hvis det etableres dialysesatellitt på Hadeland, vil behovet for dialyseplasser i Mjøssykehuset bli redusert.

I tillegg til lokalmedisinsk senter på Hadeland er det lagt til grunn videreutvikling av de lokalmedisinske sentrene i Valdres og Nord-Gudbrandsdal. I alle de tre lokalmedisinske sentrene er det lagt til rette for ti senger hvert sted.

### **Distriktpsikiatriske sentre og polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern for barn og unge**

Alternativene forutsetter en videreutvikling av distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern barn og unge i Elverum, Gjøvik, Hadeland, Hamar, Lillehammer, Otta, Tynset og Valdres.

### **Akuttpsykehus på Tynset**

Lokalsykehuset på Tynset har et opptaksområde på om lag 23 000 innbyggere i Fjellregionen. Det er framskrevet elektiv behandling utover opptaksområdet slik at kapasiteten utnyttes. Det legges opp til tett faglig samarbeid mellom sykehuset på

---

<sup>12</sup> Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2015- 2016))

Tynset og de øvrige sykehusene i Sykehuset Innlandet. Digitale løsninger kan benyttes i klinisk samarbeid med Mjøssykehuset.

### Beregnet sengekapasitet og fordeling av disse

Tabellen under viser fordeling av kapasitet i alternativet med Mjøssykehuset basert på aktivitet framskrevet til 2040 og fordelingen som er angitt over. For ytterligere detaljer, se notat «*Framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning. Konseptfasen ny struktur Sykehuset Innlandet HF*». (Sykehusbygg HF, 13.05.2022)

Institusjon	Normalseng 2040	Obs.seng 2040	Hotellseng 2040	Dagkirhotell Elverum	Sum senger
Lillehammer	101	4	14	0	119
Mjøssykehuset somatikk (inkl. rehab.)	337	13	57	0	407
Mjøssykehuset psykisk helsevern					160
Mjøssykehuset TSB					34
Elverum	43	2	5	10	60
Tynset	29	2	5	0	39
LMS	30	0	0	0	30
DPS	68				68
Sum	608	21	81	10	917

Tabell 7 Beregnet sengekapasitet 2040 for alternativet med Mjøssykehuset. Tall fra Sykehusbygg HF.

For de somatiske sykehusene vil alternativet med Mjøssykehuset medføre at det overføres 160 senger fra sykehuset i Gjøvik, 128 senger fra sykehuset i Hamar, 51 senger fra sykehuset i Elverum og 50 senger fra sykehuset i Lillehammer til Mjøssykehuset eller til de lokalmedisinske sentrene. Det overføres 103 senger fra det psykiatriske sykehuset på Sanderud og 83 senger fra det psykiatriske sykehuset på Reinsvoll til Mjøssykehuset.

Fra enheter utenfor sykehusene, overføres åtte senger innenfor barne- og ungdomspsykiatri og 44 senger innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering til Mjøssykehuset.

### Behov for kapasitet og areal

Sykehusbygg HF har utfra virksomhetsfordelingen som er beskrevet over, beregnet kapasitets- og arealbehov for alternativet med Mjøssykehuset. Tabellen under viser en foreløpig beregning av arealbehovet i Mjøssykehuset. Det presiseres at vurderingen er gjort på et overordnet nivå.

Delfunksjon	Mjøssykehuset 2040 Fra konkretiseringsrapporten			Mjøssykehuset 2040 Framskrevet med aktivitetstall fra 2019 GAMMEL NORM			Mjøssykehuset 2040 Framskrevet med aktivitetstall fra 2019 NY NORM		
	Kapasitet	"Gammel" Arealnorm	Netto kvm	Kapasitet	Arealnorm	Netto kvm	Kapasitet	Arealnorm	Netto kvm
Sengeområder, inkl. intensiv, observasjon, pasienthotell	398	30	11 940	407	30	12 210	407	34	13 838
Føderom	5	70	350	7	70	490	7	70	490
Poliklinikk, somatikk	66	30	1 980	90	30	2 700	90	30	2 700
Areal i poliklinikk for e-helse, telemedisin etc.	17	12	204	0	12	0	0		0
Kliniske spesiallaboratorier	33	33	1 089	45	33	1 485	45	45	2 025
Dialyse	15	20	300	16	20	320	16	22	352
Dagområde (medisinsk dagbehandling)	15	16	240	28	16	448	28	22	616
Sengeområder VOP og TSB	170	43	7 310	177	43	7 611	177	45	7 965
Sengeområde BUP	19	43	817	17	43	731	17	45	765
Poliklinikk og dagbehandling VOP og TSB	8	25	200	10	25	250	10	30	300
Poliklinikk og dagbehandling BUP	10	25	250	1	25	25	1	30	30
Akuttmottak, inkl. AMK			1 000	1		1 000	1		1 000
Operasjon, døgnekirurgi	15	120	1 800	13	120	1 560	13	120	1 560
Operasjon, dagkirurgi	4	120	480	8	120	960	8	120	960
Oppvåkning, døgnekirurgi	23	18	414	20	18	360	20	18	360
Oppvåkning, dagkirurgi	14	18	252	28	18	504	28	18	504
Bilddiagnostikk, inkl. nukleærmedisin og PET	22	90	1 980	22	90	1 980	22	90	1 980
<b>DELSUM</b>			<b>30 606</b>			<b>32 634</b>			<b>35 445</b>
Stråleterapi - stråleenhet (inkl. senger og poliklinikk konkretiseringsrapporten)			1 500			1 040			1 040
Andre kliniske støttefunksjoner			300			300			300
Laboratoriemedisin (blodbank og medisinsk biokjemi)			3 000			2 400			2 400
Ikke-medisinsk service, inkl. varemottak, stereilsentral, apotek, renhold, avfall mm.			4 000			3 000			3 000
Produksjonskjøkken			0			0			0
Administrative kontorfunksjoner, inkl. foretaksledelse			1 000			1 000			1 000
Kliniske kontorfunksjoner			2 500			2 500			2 500
Garderobes			2 000			2 000			2 000
Personellservice inkl. kantine, overnatting ansatt mm.			800			800			800
Pasientenservice, inkl. pasientinformasjon, skole, rekreasjon			800			800			800
Undervisning og forskning			500			500			500
<b>DELSUM</b>			<b>16 400</b>			<b>14 340</b>			<b>14 340</b>
<b>SUM netto</b>			<b>47 006</b>			<b>46 974</b>			<b>49 785</b>
<b>SUM brutto</b>		<b>2,3</b>	<b>108 114</b>		<b>2,3</b>	<b>108 040</b>		<b>2,3</b>	<b>114 506</b>
					<b>2,4</b>	<b>112 738</b>		<b>2,4</b>	<b>119 484</b>

Tabell 8: Arealberegning for Mjøssykehuset (Sykehusbygg HF, 2022).

## Null-pluss alternativet

I tråd med vedtaket i styresak 058–2021 «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF» skal det i konseptfasen utredes et null-pluss alternativ. Dette er beskrevet i mandatet for konseptfasen datert 13. desember 2021:

*Null-pluss alternativet skal omfatte:*

*a) Videreføring av sykehusene i Lillehammer og Gjøvik som store akuttstusykehus.*

*b) Erstatningssykehus for sykehuset i Hamar med en hensiktsmessig funksjonsfordeling med sykehuset i Elverum.*

*c) Akuttstusykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi.*

*d) Lokalmedisinske sentra lokalisert til Nord-Gudbrandsdal og Valdres, samt polikliniske tilbud på Hadeland.*

*e) Distriktpsykiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.*

*f) Styringsgruppen vurderer eventuelle tilpasninger som er nødvendige for å opprettholde og videreutvikle et faglig forsvarlig tilbud, etter innspill fra Sykehuset Innlandet HF.*

En oppdatering og status i arbeidet med virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet ble lagt fram i styringsgruppemøtet 9. mars, sak 029-2022. Av referatet følger (utdrag):

*Sykehuset Innlandet legger følgende premisser til grunn for det videre arbeidet med virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet:*

- Tilbudet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreføres som i dag, inkludert sykehuspsykiatrien (det kan evt. være aktuelt å samle Hamar DPS døgn med øvrig Hamar DPS på nytt sykehus).
- De fagområdene som er samlet til ett sted i foretaket forblir samlet
- Elverum og Hamar beholder akuttfunksjon i alle alternativer

Styringsgruppen ga følgende innspill til saken:

Styringsgruppen er enige om akutt ortopedi legges til Hamar i null-pluss alternativet.

Styringsgruppen ber om at det til neste møte fremlegges en skriftlig beskrivelse som synliggjør de funksjonelle avhengighetene, herunder faglige synergier samt fordeler og ulemper ved også å legge kvinne-barn inkl. føde og nyfødt til Hamar.

Styringsgruppen ga i møte 6. april i sak 040-2022 tilslutning til en videre utredning av følgende funksjonsfordeling mellom sykehusene på Elverum og Hamar:

- Akutt indremedisin for lokalsykehusområdet Elverum og elektive funksjoner legges til sykehuset på Elverum.
- Akutt indremedisin for lokalsykehusområdet Hamar, fødselshjelp og kvinnesykdommer, barne- og ungdomsmedisin og akutte kirurgiske fag legges til erstatningssykehuset på Hamar.

	Behandlingssted	
	Hamar stort akutt	Elverum akutt
<b>BEHANDLINGSTILBUD</b>		
DPS	x	x
Akutt Indremedisin	x	x
Akutt gastrokirurgi	x	
Akutt ortopedi	x	
Elektiv ortopedi døgn		x
Traumer	x	
Urologi	x	
Karkirurgi	x	
ØNH	x	
Øye		x
Bryst endokrin / BDS	x	
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	x	
Barne- og ungdomsmedisin	x	
Dagkirurgi	x	x
Dagtilbud gastro	x	x
Elektiv indremedisin	x	x

Tabell 9 Fordeling av aktivitet mellom sykehusene i Hamar og Elverum

### Stort akuttsykehus på Hamar

Akutte tilbud innenfor ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, barne- og ungdomsmedisin med nyfødtmedisin og øre-nese-hals flyttes fra Elverum til Hamar, og vil bli samlokalisert med indremedisin, gastrokirurgi, karkirurgi, urologi, bryst- og endokrinkirurgi og plastikkirurgi.

### Akuttsykehus i Elverum

I tråd med vedtak i styringsgruppen 6. april 2022, er tilbudet innenfor akutt og elektiv indremedisin, øyemedisin og planlagt døgntilbud innenfor ortopedi i stor grad opprettholdt på sykehuset på Elverum. Det er lagt til grunn at tilstander som krever

nyremedisinsk vaktkompetanse legges til erstatningssykehuset på Hamar som dermed får dialyseenhet for innlagte pasienter, mens dialyseenheten på sykehuset på Elverum opprettholdes som et dagbehandlingstilbud. Det legges videre til grunn tilsynskompetanse innenfor gastrokirurgi ved sykehuset på Elverum.

Divisjon Elverum-Hamar har foreslått at det polikliniske og dagkirurgiske volumet i modellen tilsvarer dagens framskrevne aktivitet. Dette betyr at poliklinikk innenfor indremedisin, ortopedi, nevrologi, øye, barne- og ungdomsmedisin videreføres som i dag ved sykehuset i Elverum for det felles opptaksområdet Elverum-Hamar. I tillegg overføres poliklinisk virksomhet innenfor gastrokirurgi som i dag er ved sykehuset på Hamar, til sykehuset på Elverum. Dette gir om lag 72 000 polikliniske konsultasjoner ved sykehuset på Hamar og 131 500 ved sykehuset på Elverum. Det samme gjøres for dagkirurgisk aktivitet innenfor fagområdene øye, kvinnesykdommer, ortopedi og gastrokirurgi, med om lag 6 000 dagkirurgiske opphold på sykehuset på Elverum mot om lag 3 000 på sykehuset på Hamar.

Sammenlignet med alternativet med Mjøssykehuset, vil sykehuset i Elverum i null-pluss alternativet ha 18 flere senger (inkludert 4 intensivsenger) og fem flere poliklinikkrom. Dette er i tråd med føringer fra styringsgruppen i sak 005-2021 «*Orientering om status for null-pluss alternativet*»:

*«Hvis akutfunksjoner skal flyttes fra Elverum til Hamar, er det viktig at elektive funksjoner legges til Elverum slik at samlet volum av aktivitet på Elverum ikke blir for lite. Det er lite aktuelt å foreslå et samlet volum av aktivitet på Elverum i et null pluss alternativ som er mindre enn slik det er foreslått i Mjøs-sykehus alternativet.»*

Den høye polikliniske og dagbehandlingsaktiviteten vil bedre tilsynsfunksjon for akutt indremedisin på sykehuset på Elverum. En fortsatt stor indremedisinsk avdeling og en enhet med elektiv ortopedi, gir behov for at akuttmottak og intensivenhet omtrent på nivå som i dag.

### **Stort akuttisykehus på Lillehammer og Gjøvik**

Sykehusene på Lillehammer og Gjøvik skal i tråd med vedtaket i styresak 058-2021 «*Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF*», videreføres som store akuttisykehus med et opptaksområde på henholdsvis 80 000 og 110 000 innbyggere. Stort akuttisykehus forutsetter *et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter*<sup>13</sup>. Tilbudene innenfor indremedisin, gastrokirurgi og ortopedi er dermed videreført, og det er ikke vurdert ytterligere funksjonsfordeling for sykehusene på Lillehammer og Gjøvik.

I tråd med føringene fra styringsgruppen 9. mars, sak 029-2022, er det i tillegg forutsatt at de fagområdene som er samlet til ett sted i foretaket forblir samlet. Det vil si at dagens områdefunksjoner som laboratoriefagene, Kvinneklubben, nevrologisk avdeling og stråleenheten videreføres.

---

<sup>13</sup> [Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan \(2016-2019\), november 2015](#)

## Akuttsykehus på Tynset

Lokalsykehuset på Tynset har et opptaksområde på om lag 23 000 innbyggere i Fjellregionen. Det er som i alternativet med Mjøssykehuset framskrevet elektiv behandling utover opptaksområdet slik at kapasiteten utnyttes.

## Lokalmedisinske sentre

I dette alternativet videreføres dagens tilbud ved spesialistpoliklinikken på Hadeland og ved de lokalmedisinske sentrene i Valdres og Nord-Gudbrandsdal.

## Psykiatriske sykehus på Reinsvoll og Sanderud

Det foreslås ikke strukturendringer innenfor sykehusfunksjonene som gjelder psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i null-pluss alternativet.

## Distriktpsikiatriske sentre og polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern for barn og unge

Som i alternativet med Mjøssykehuset forutsettes det en videreutvikling av distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern barn og unge i Elverum, Gjøvik, Hadeland, Hamar, Lillehammer, Otta, Tynset og Valdres.

## Funksjoner som skal vurderes separat

Det er anbefalt å flytte DPS døgnplasser på Hamar til erstatningssykehuset, slik at disse lokaliseres sammen med det polikliniske tilbudet. Det anbefales i tillegg å flytte enheten for fysikalsk medisin og rehabilitering fra Ottestad til erstatningssykehuset, forutsatt at det ikke fremmes andre mer helhetlige løsninger for dette fagområdet. I tråd med styringsgruppens føring i møte 6. april 2022, skal disse endringene vurderes separat og ikke som en del av null-pluss alternativet.

## Beregnet sengekapasitet og -fordeling

Tabellen under viser fordeling av somatisk kapasitet i null-pluss alternativet basert på aktivitet framskrevet til 2040 og fordelingen som er angitt over. For ytterligere detaljer, se notat «*Framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning. Konseptfasen ny struktur Sykehuset Innlandet HF*» (Sykehusbygg HF, 13.05.2022)

Institusjon	Normalseng 2040	Obs.seng 2040	Hotellseng 2040	Intensiv-senger 2040	Senger tung/lett overv 2040	Sum senger 2040
Elverum	58	3	7	4	6	78
Hamar	112	5	23	8	12	160
Gjøvik	118	5	17	8	12	160
Lillehammer	117	6	23	9	13	168
Tynset	29	2	5	0	3	39
Sum sykehusene	434	21	75	29	46	605

Tabell 10 Beregnet sengekapasitet 2040 for null-pluss alternativet. Kilde: Sykehusbygg HF.

Alternativet medfører at 33 senger på sykehuset i Elverum vil bli overført til erstatningssykehuset på Hamar. For øvrige sykehus er antallet senger likt nullalternativet.

Null-pluss alternativet representerer en omfattende endring i forhold til dagens funksjonsfordeling i divisjon Elverum-Hamar. Med unntak av tilbudet innen akutt indremedisin og øyefaget, flyttes alle akuttfunksjoner til Hamar.

### Behov for kapasitet og areal

Sykehusbygg HF har utfra virksomhetsfordelingen som er beskrevet over, beregnet kapasitets- og arealbehov for erstatningssykehuset på Hamar. Tabellen under viser en foreløpig beregning av arealbehovet i erstatningssykehuset. Det presiseres at vurderingen er gjort på et overordnet nivå. Eksempelvis er dialysetilbudet ikke inkludert i beregningene.

Delfunksjon	Erstatningssykehus Hamar Framskrevet med aktivitetstall fra 2019		
	Kapasitet	Arealnorm	Netto kvm
Sengeområder, inkl. intensiv, observasjon, pasienthotell	160	34	5440
Føderom	3	70	210
Poliklinikk, somatikk	27	30	810
Areal i poliklinikk for e-helse, telemedisin etc.	0		0
Kliniske spesiallaboratorier	14	45	630
Dialyse	0	0	0
Dagområde (medisinsk dagbehandling)	17	22	374
Sengeområder VOP og TSB	0	0	0
Sengeområde BUP	0	0	0
Poliklinikk og dagbehandling VOP og TSB	26	30	780
Poliklinikk og dagbehandling BUP	0	0	0
Akuttmottak, eksl. AMK	1	600	600
Operasjon, døgnekirurgi	8	120	960
Operasjon, dagkirurgi	3	120	360
Oppvåkning, døgnekirurgi	12	18	216
Oppvåkning, dagkirurgi	11	18	198
Bilediagnostikk	12	90	1080
<b>DELSUM uten DPS/FysMedRehab</b>			<b>11 058</b>
Poliklinikk fysikalsk medisin og rehabilitering (Ottestad)	3	30	90
Fysikalsk medisin og rehabilitering (Ottestad)	13	34	442
<b>DELSUM med FysMedRehab HAMAR</b>			<b>11 590</b>
Sengeområder DPS	28	45	1 260
<b>DELSUM med DPS</b>			<b>12 318</b>
<b>DELSUM med DPS/FysMedRehab</b>			<b>12 850</b>
Stråleterapi, inkl. stråleenhet, senger og poliklinikk			0
Andre kliniske støttefunksjoner			300
Laboratoriemedisin (blodbank og medisinsk biokjemi), apotek			1 750
Ikke-medisinsk service, inkl. varemottak, stereilsentral, renhold, avfall mm.			1 500
Produksjonskjøkken			0
Administrative kontorfunksjoner, inkl. foretaksledelse			0
Kliniske kontorfunksjoner			1 000
Garderober			1 300
Personellservice inkl. kantine, overnatting ansatt mm.			1 000
Pasientenservice, inkl. pasientinformasjon, skole, rekreasjon			200
Undervisning og forskning			200
<b>DELSUM</b>			<b>7 850</b>
<b>SUM netto uten DPS seng/FysMedRehab</b>			<b>18 908</b>
<b>SUM netto med DPS seng/FysMedRehab</b>			<b>20 700</b>
<b>SUM brutto uten DPS seng/FysMedRehab</b>		<b>2,4</b>	<b>45 379</b>
<b>SUM brutto med DPS seng/FysMedRehab</b>		<b>2,4</b>	<b>49 680</b>

Tabell 11: Arealberegning erstatningssykehus Hamar (Sykehusbygg HF, 2022).

## **Akutt indremedisin ved elektivt sykehus på Elverum**

### Alternativet med Mjøssykehuset

I henhold til vedtaket i Helse Sør-Øst sin sak 058-2021 «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF», skal det i konseptfasen utredes «om det kan legges indremedisinske akuttfunksjoner til det elektive sykehuset i Elverum for opptaksområdet som i dag har sykehuset i Elverum som sitt lokalsykehus».

Styringsgruppen for konseptfasen behandlet virksomhetsinnhold i alternativet med Mjøssykehuset i sitt møte 9. mars 2022 sak 028-2022. I saken pekte Sykehuset Innlandet på de faglige og driftsmessige utfordringene med akutt indremedisin uten gastrokirurgisk kompetanse til stede:

*«Det er gjennom utredningsarbeidet vist til faglige ulemper ved et alternativ med akutt indremedisin uten gastrokirurgisk kompetanse tilstede. Med en slik løsning vil det måtte være en seleksjon av pasienter som legges inn ved den indremedisinske avdelingen. Det må også forventes at en andel av pasientene vil måtte overflyttes til Mjøssykehuset senere i forløpet. Denne løsningen sprer den indremedisinske kompetansen, og vil ikke gi den faglige samlingen det indremedisinske fagmiljøet ønsker. Det presiseres at det er ressurskrevende å etablere enda en enhet med akuttfunksjoner, og at dette vil føre til at en større andel av ressursene blir benyttet i Mjøsområdet heller enn å frigjøres til desentrale tjenester.»*

*Vurderinger av faglige forhold, rekruttering og driftsøkonomi, viser at det er utfordringer ved et alternativ med akutt indremedisin ved det elektive sykehuset. På den andre siden viser forutsetningene som er beskrevet, behov for å legge ut ytterligere areal fra Mjøssykehuset. Det er enighet i fagmiljøene i Sykehuset Innlandet om at det fortrinnsvis bør legges ut poliklinisk aktivitet, dagbehandling og elektive funksjoner, heller enn akutte tilbud. Samtidig vurderes det å være bedre å legge akutt indremedisin til et elektivt sykehus enn å flytte ut spesialiserte funksjoner fra Mjøssykehuset.»*

Det ble gjort følgende vedtak i sak 028-2022:

*«Styringsgruppen viser til vurderingene som er gjort av Sykehuset Innlandet HF og godkjenner en videre utredning av fordeler og ulemper (inkl. kostnader) ved å beholde akutt indremedisin i elektivt sykehus på Elverum.»*

I tillegg til de faglige og driftsmessige utfordringene det ble pekt på i denne saken, vil endringen i spesialistutdanningen for leger få konsekvenser for små enheter, spesielt innenfor indremedisinske fag. Denne nye utdanningsordningen innebærer at man for å bli spesialist i generell indremedisin må utdannes i to hovedspesialiteter, såkalt dobbelt utdanningsløp. Erfaringen med ny ordning så langt er at svært få ønsker dobbelt utdanningsløp. Hvis ordningen ikke endres, vil konsekvensen på sikt bli et sterkt redusert tilfang av spesialister i generell indremedisin. Dette vil gjøre det stadig mer krevende å bemanne mindre enheter med akutt indremedisin som er avhengig av generell kompetanse.

### Null-pluss alternativet

Styringsgruppen ga i møte 6. april i sak 040-2022 tilslutning til en videre utredning av et alternativ hvor Akutt indremedisin for lokalsykehusområdet Elverum og elektive funksjoner legges til sykehuset på Elverum.



De samme faglige vurderingene som er beskrevet over, gjelder også for null-pluss alternativet. Alternativet slik det er utredet vil ha de samme faglige og driftsmessige utfordringene med akutt indremedisin uten gastrokirurgisk kompetanse til stede. Avstanden fra denne enheten til et stort akuttstusykehus vil være kortere i null-pluss alternativet, men fra et medisinskfaglig ståsted anbefaler divisjon Elverum-Hamar i sitt innspill 21. mars 2022 å samle akutt indremedisin på erstatningssykehuset på Hamar av medisinskfaglige årsaker.

Tabellen under viser kapasitetene ved sykehusene i Elverum og Hamar i nullalternativet, null-pluss alternativet og i alternativet med Mjøssykehuset.

KAPASITET	Nullalternativet		Null-pluss alternativet		Alternativet med Mjøssykehus	
	Elverum	Hamar	Elverum	Hamar	Elverum	Hamar
Sengeplasser	111	128	78	160	60	0
Poliklinikk	53	27	53	27	48	0
Dialyse	15	0	15	0	8*	0
Kjemoterapi	3	13	4	12	10**	0
Infusjon legemidler	4	4	4	4	5	0
Operasjon døgn	4	6	2	8	0	0
Operasjon dag	5	3	5	3	5	0

\*Dialysepasienter fra Ringsaker skal til Mjøssykehuset i dette alternativet, tilsvarer 7 dialyseplasser.

\*\*Kreft skal samles i Mjøssykehuset. Enklere cytostatika kan gis desentralisert. SB har oppdagat en feil her, blir korrigert i steg 2.

Tabell 12 Sykehusene i Elverum og Hamar i nullalternativet, null-pluss alternativet og i alternativet med Mjøssykehuset.

### 3. Utredninger og konklusjoner knyttet til vurderingskriteriene

Konseptrapporten er bygd opp med vurderinger innenfor ni vurderingskriterier. De fem første, som er vurdert av Sykehuset Innlandet, beskrives samlet.

- Utredninger og konklusjoner for kriteriene 1. *Trygge og gode tilbud*, 2. *Gode fagmiljøer*, 3. *God tilgjengelighet*, 4. *Organisering som underbygger gode pasientforløp* og 5. *God ressursutnyttelse*.
- Utredninger og konklusjoner for kriterium 6. *Kvalitet, generalitet, fleksibilitet og elastisitet ved bygningsmassen i de to retningsvalgene*
- Utredninger og konklusjoner for kriterium 7. *Bærekraft i form av ytre miljø, energibehov og CO2 utslipp*
- Utredninger og konklusjoner for kriterium 8. *Regional utvikling*
- Utredninger og konklusjoner for kriterium 9. *Investering, driftseffekter og bæreevne*

#### 3.1 Utredninger og konklusjoner – vurderingskriterier 1-5

Vurderingskriteriene 1-5 er vurdert av Sykehuset Innlandet. Brukerutvalget, divisjoner, hovedarbeidsmiljøutvalget, tillitsvalgte og vernetjeneste på divisjons- og foretaksnivå har gitt innspill til den faglige vurderingen av de to alternativene som utredes.

Medvirkningsprosessen ble innledet med en fagkonferanse 13. mai 2022 hvor medlemmer i fagråd og helsefaglige faggrupper identifiserte styrker og svakheter ved de to alternativene innenfor hvert av de fem effektmålene:

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

I tillegg til vurderingene fra fagkonferansen, har fagråd og faggrupper gitt skriftlige innspill. En oppsummering av disse vurderingene er vist i tabell under hvert effektmål.

##### 3.1.1 Effektmål 1: Trygge og gode tilbud

Effektmålet har følgende vurderingskriterier:

- Brukertilpasset pasientbehandling og opplæring hvor pasientene er aktive deltagere i helsehjelpen de mottar
- Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot
- At den akutte syke pasienten møtes av personale med rett kompetanse hele døgnet for rask avklaring av videre behandling
- Spesialiserte funksjoner med et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen og liten variasjon i kvalitet
- Moderne pasientbehandling i tråd med medisinsk og teknologisk utvikling
- Bygningsmasse med utforming som gir mulighet til å ivareta personvern i henhold til GDPR
- Mulighet for økt egendekningsgrad

Alternativet med Mjøssykehuset		Null-pluss alternativet	
Styrker	Svakheter	Styrker	Svakheter
<p>Helhetlig tilbud for akutte- og kritisk syke og multisyke.</p> <p>Muliggjør høyere kompetanse i front og raskere riktig behandling</p> <p>En samling av somatiske og psykiatriske helsetilbud vil gi muligheter for tverrfaglig samarbeid og god samhandling på tvers av fag og avdelinger.</p> <p>Helhetlige pasienttilbud slik at overflyttinger internt reduseres.</p> <p>Mulighet for seksjonering innenfor fagområder.</p> <p>Mjøssykehuset der alle spesialiserte tjenester er samlet, vil bidra til å løfte kompetansen i Innlandet samlet sett.</p> <p>Fremmer endring.</p> <p>Tilrettelagt bygningsmasse som gir mulighet for å ivareta personvern.</p> <p>Lettere å utvikle nye behandlingstilbud.</p> <p>Kan gi økt andel som ferdigbehandles i Innlandet.</p>	<p>Små fagmiljøer i Lillehammer og Elverum.</p> <p>Krevende rekruttering til Lillehammer og Elverum.</p> <p>Delte fag kan gi ulikt tilbud og variasjon i kvalitet.</p> <p>Risiko for stordriftsulemper.</p> <p>Kan oppleves upersonlig.</p> <p>Kan risikere mindre og trangere utearealer.</p> <p>Gir noe lengre reisevei for en del pasienter.</p> <p>Ulike kulturer må smelte sammen, gir en lang omstillingsfase.</p>	<p>Nærhet og opplevd trygghet for befolkningen.</p> <p>Bred akuttmedisinsk kompetanse i Hamar.</p> <p>Nærhet til fødetilbud for Hedmarks befolkning.</p> <p>Økt selvdekningsgrad i Hamar. Lettere å beholde kompetanse i dagens sykehus (særlig sykepleiere).</p> <p>Bevarer i stor grad dagens fagmiljø / infrastruktur, gir trygghet for ansatte.</p> <p>Elektiv enhet i Elverum er positivt.</p> <p>Mindre sykehus gir bedre intern samhandling.</p> <p>Hyggelige omgivelser /utearealer.</p>	<p>Små og fragmenterte fagmiljøer.</p> <p>Små volum innen spesialiserte funksjoner.</p> <p>Økt transport av pasienter mellom enhetene.</p> <p>Jfr. dagens utfordring, vanskelig å rekruttere.</p> <p>Ingen komplette sykehus, fortsatt funksjonsfordeling.</p> <p>Større mulighet for å bli innlagt i feil sykehus.</p> <p>Ingen forbedring for befolkningen som benytter Gjøvik og Lillehammer, habilitering, rehabilitering, Reinsvoll eller Sanderud.</p> <p>Krevende med fornyelse av MTU.</p> <p>Interne strider fortsetter.</p> <p>Uhensiktsmessig og gammel bygningsmasse beholdes.</p> <p>Lavere beredskap på hvert sted.</p>

Tabell 13: Fordeler og ulemper ved effektmål 1 Trygge og gode tilbud

### 3.1.2 Effektmål 2: Gode fagmiljøer

Effektmålet har følgende vurderingskriterier:

- God rekrutteringsevne og evne til å beholde medarbeidere
- Mulighet for gode arbeidsforhold og arbeidstidsordninger
- Robuste fagmiljø og vaktordning som ikke er avhengige av kontinuerlig innleie
- Mulighet til å ivareta lovpålagte oppgaver innen utdanning og forskning, inkludert samarbeid med universitet og høyskoler
- At foretaket i størst mulig grad kan tilby utdanningsløpene i egen regi
- Faglig utvikling for medarbeiderne, der forskning, utvikling, utdanning og innovasjon er integrert

Alternativet med Mjøssykehuset		Null-pluss alternativet	
Styrker	Svakheter	Styrker	Svakheter
<p>Store robuste fagmiljøer gir mindre vaktbelastning og færre vakanser.</p> <p>Mulighet for økt spesialisering og seksjonering.</p> <p>Mulighet for større stillingsbrøker for pleiere.</p> <p>Samlet forskningsmiljø gir større mulighet for ytterligere forskning og fagutvikling.</p> <p>Tilstrekkelig pasientvolum for bedre kvalitet.</p> <p>Enklere utdanningsløp for leger.</p> <p>Samling av somatikk, psykisk helsevern og TSB i nytt bygg gjør at Mjøssykehuset blir et faglig tyngdepunkt som vil rekruttere bedre selv med noe økt reisetid fra byene.</p>	<p>Sårbare vaktordninger utenfor Mjøssykehuset.</p> <p>Risiko for krevende rekruttering til Lillehammer og Elverum.</p> <p>Flytter eksisterende fagmiljø.</p> <p>Reiseavstand over 30 min for personell i turnus kan være negativt.</p> <p>Risiko for dårligere rekruttering i mellomperioden.</p> <p>Flere arbeidsteder for ansatte pga. desentrale tilbud.</p>	<p>Lettere å rekruttere bynært.</p> <p>Gir arbeidsplasser nærmere der ansatte bor i dag, lettere familiehverdag.</p> <p>Nærhet til sykepleieutdanningen i Gjøvik og Elverum.</p> <p>Sikrer god rekruttering til Hamar (mange overleger og leger i spesialisering pendler daglig fra Oslo).</p> <p>Beholder fagmiljøer der de er, unntatt i Elverum.</p> <p>Lettere å samarbeide i små sykehus.</p> <p>Kan gi kortere beslutningsvei.</p> <p>Hvis erstatningssykehuset legges på Sanderud, vil det være samhandlingseffekter mellom somatikk og PHV.</p>	<p>Små og fragmenterte fagmiljøer.</p> <p>Flere og sårbare vaktordninger både i somatikk og PHV.</p> <p>Mindre mulighet til å etablere seksjonerte vaktordninger.</p> <p>Mindre mulighet til fagutvikling og forskning (oppretholde kompetanse).</p> <p>Mindre mulighet til tverrfaglig samarbeid.</p> <p>Ulikt tilbud mellom opptaksområdene.</p> <p>Erstatningssykehuset vil virke negativt for rekruttering til sykehusene på Elverum, Gjøvik og Lillehammer.</p> <p>Vanskeligere å tilby LIS-løp og sub-spesialisering.</p> <p>Sitasjonen med mye vikarbruk og avhengighet av enkeltpersoner vil fortsette.</p> <p>Vil ikke avhjelpe behovet for større enheter og sterkere fagmiljøer innen PHV.</p>

Tabell 14: Fordeler og ulemper ved effektmål 2 Gode fagmiljøer

### 3.1.3 Effektmål 3: God tilgjengelighet

Effektmålet har følgende vurderingskriterier:

- Gode sammenhengende behandlingsskjeder for akutt og planlagt behandling
- Likeverdige helsetjenester med lik mulighet for riktig behandling uavhengig av bosted
- Prehospitale tjenester av høy faglig kvalitet og med riktig tilgjengelighet
- Tilgang til moderne og framtidsrettet medisinsk-teknisk og annet teknisk utstyr
- Tidsriktig og hensiktsmessige behandlingssfasiliteter, herunder enerom til pasientene
- Tilgang på grøntareal og skjermingsmuligheter for pasienter som har behov for det
- En ytre logistikk tilrettelagt for alle transportbehov, inkludert kollektivtransport

Alternativet med Mjøssykehuset		Null-pluss alternativet	
Styrker	Svakheter	Styrker	Svakheter
Lokalisering av Mjøssykehuset midt i opptaksområdet, gir lik tilgang på spesialiserte tilbud for alle.	Lengre reisevei for «vanlige» akuttpasienter og fødende. Ikke by-plassert.	Akutt og fødetilbud nærere der man bor. Kortere reisevei for vanlige tilstander.	Mye gammel bygningsmasse, ikke universelt utformet.
Sammenhengende og likeverdige behandlingsskjeder.	Økt behov for prehospitale tjenester/pasienttransport.	Bedre behandlingstilbud for Hamar-regionen.	Ikke funksjonelle arealer for moderne medisin, krevende logistikk, mangel på tilpassede behandlingsrom og mangel på enerom.
Bedret somatisk oppfølging og kontroll av pasienter i psykisk helsevern.	Fare for mindre grøntareal. MTU ved Lillehammer og Elverum kan bli nedprioritert.	Gode uteområder og skjermingsområder i dagens enheter i psykisk helsevern.	Pasienter må forholde seg til flere sykehus.
Tilbud om lab. prøver og bildefunksjoner 24/7/365, for pasienter i psykisk helsevern.	Avstand til Mjøssykehuset ved komplikasjoner i Lillehammer og Elverum.	Likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted (Hamar, Gjøvik og Lillehammer).	Sårbare behandlingstilbud med lite volum.
Bedre tilgang til moderne MTU.	Luftambulanse ikke plassert ved Mjøssykehuset.	Eksisterende systemer og logistikk beholdes.	Fortsatt omfattende funksjonsfordeling og krevende samarbeid mellom sykehusene.
Økt mulighet for investering i ny teknologi.	Bør sikkerhetspsykiatri ligge mer skjermet?	Nærhet til DPS.	Risiko for transport til "feil" sykehus.
Funksjonelle og fleksible lokaler for moderne behandling.		God tilgjengelighet for ansatte, gode kollektivtilbud og mulighet for sykkel og gange.	Pasienter innenfor psykisk helsevern har ikke nærhet til somatiske tilbud.
Bygningsmasse som er tilrettelagt for bedre smittevern og beredskap.			Mangler parkering ved dagens sykehus.
Mulighet for økt desentralisering.			
Enklere transport for pasienter.			
Lett å ta tog/buss til Moelv for ansatte og pasienter til planlagt behandling.			

Tabell 15: Fordeler og ulemper ved effektmål 3 God tilgjengelighet

### 3.1.4 Effektmål 4: Organisering som underbygger gode pasientforløp

Effektmålet har følgende vurderingskriterier:

- Videreutvikling av desentraliserte tjenester nær der pasienten bor i tråd med faglig og teknologisk utvikling
- At pasientene kan utredes og behandles der de tas imot og at uhensiktsmessig flytting av pasienter mellom enheter unngås
- Nødvendig samhandling mellom fagområdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk for at pasientene skal oppleve at fagfolk opptrer i team
- Sammenhengene tjenester på tvers av sykehus og kommuner

Alternativet med Mjøssykehuset		Null-pluss alternativet	
Styrker	Svakheter	Styrker	Svakheter
<p>Mulighet for utvikling av desentraliserte tjenester (LMS og DPS)</p> <p>Sikre bedre pasientforløp og bedre samhandling mellom psykisk helsevern, TSB og somatikk.</p> <p>Pasienten kan ferdigbehandles der den kommer.</p> <p>Tverrfaglige og multidisiplinære team gir sikrere pasientbehandling.</p> <p>Mindre variasjon i kvalitet og tilbud.</p> <p>Mjøssykehuset vil ha tilgang på all nødvendig ekspertise og avansert utstyr på ett sted.</p> <p>“En stemme” mot kommunene, mer likt tilbud.</p> <p>Ved usikker diagnose, ett sted å sende pasienten.</p> <p>Større mulighet for jobbglidning</p> <p>Mulig å samle IT kompetanse og utvikle digitale tjenester</p>	<p>Ulikt tilbud mellom Mjøssykehuset, Lillehammer og Elverum.</p> <p>Risiko for vansker med å rekruttere nok pas. til Lillehammer og Elverum.</p> <p>Stordriftsulempen kan gi dårligere samarbeid internt i Mjøssykehuset.</p> <p>Krevende å samarbeide med alle kommunene i opptaksområdet.</p>	<p>Nærhet til de kommunene sykehuset betjener, enklere å samarbeide i helsefellesskapet.</p> <p>Kortere beslutningsprosesser.</p> <p>Lite endring.</p> <p>Mindre enheter og mer lokalkunnskap.</p> <p>Poliklinikk og operasjon samme sted (ikke Elverum og Hamar hvor hovedandelen av poliklinikk er lagt til Elverum)</p>	<p>Oppstykkede pasientforløp for multisyke.</p> <p>Lang reisevei for pasienter innenfor psykisk helsevern som trenger tilbud både i somatikk og psykisk helsevern.</p> <p>Ikke samling av fagmiljø, verken internt i somatikk eller i psykisk helsevern, eller felles i psykisk helsevern og somatikk</p> <p>Fremmer ikke utvikling av tilbud i LMS.</p> <p>Ulikt behandlingstilbud ved ulike sykehus</p> <p>Risiko for at pasienten ikke kan behandles der den kommer</p>

Tabell 16: Fordeler og ulemper ved effektmål 4 Organisering som underbygger gode pasientforløp

### 3.1.5 Effektmål 5: God ressursutnyttelse

Effektmålet har følgende vurderingskriterier:

- Optimal bruk av ressurser ved at personell i størst mulig grad kan brukes til aktiv pasientbehandling framfor passiv vaktberedskap
- Mulighet for rasjonell bruk og høy utnyttelsesgrad av medisinsk-teknisk utstyr
- Anskaffelse av oppdatert medisinsk-teknisk utstyr og annen aktuell teknologi som byggene og virksomheten krever
- Digital infrastruktur som kan utnytte potensialet i dagens og framtidsrettede digitale løsninger

Alternativet med Mjøssykehuset		Null-pluss alternativet	
Styrker	Svakheter	Styrker	Svakheter
<p>God ressursutnyttelse (små sengeenheter med store variasjoner i antall innlagte er mer sårbare og langt dyrere å bemanne enn større enheter).</p> <p>Større utnyttelsesgrad av rom og utstyr.</p> <p>MTU tilgjengelig 24/4/365, mindre sårbart ved driftsstans.</p> <p>Bedre digital infrastruktur.</p> <p>Mer aktiv pasientbehandling på vakt, men sjeldnere vakt.</p> <p>Flere spesialiserte vaktlinjer.</p> <p>Mer robust ved fravær av pleiere og leger pga. vakante stillinger, ferieavvikling, sykdom og permisjoner.</p> <p>Teknologiske/digitale løsninger som kan bidra til å redusere spesialisters reisevirksomhet, og at veiledning og behandling kan foregå digitalt, med spesialist på sykehuset og primærhelsetjeneste og pasient der pasienten bor.</p> <p>Bygg tilpasset nye driftsmåter, eks. observasjonsenhet og felles akuttmottak.</p>	<p>Stordriftsulemper</p> <p>Intern konkurranse om å utføre prosedyrer</p> <p>Bekymring for at Mjøssykehuset bygges for lite.</p> <p>MTU til Lillehammer og Elverum kan bli nedprioritert.</p> <p>Hvis alt MTU er nytt ved innflytting kan en risikere havari samtidig.</p> <p>Ressurskrevende modell med akutttilbud både på Lillehammer og Elverum.</p> <p>Er Mjøssykehuset sårbart ved alvorlige hendelser?</p>	<p>Mulighet til nye digitale løsninger på Hamar</p> <p>Nytt MTU på Hamar</p> <p>Stort nok volum av vanlige inngrep gir god kvalitet</p> <p>Beholder etablert virksomhet</p> <p>Mulighet for avlastning ved høyt pasientbelegg.</p> <p>Kan fortsette ordninger med hjemmevakt (passiv vakt).</p>	<p>Fragmenterte fagmiljøer, dårligere rekruttering, flere vaktlinjer.</p> <p>Oppgradering av MTU mange steder.</p> <p>Ulik standard på utstyr og ulikt behandlingstilbud.</p> <p>Dårlig utnyttelse av MTU. Lite støttepersonell.</p>

Tabell 17: Fordeler og ulemper ved effektmål 5 God ressursutnyttelse

## 3.2 Rekruttering og kompetanse

Sykehuset Innlandet har utarbeidet en presentasjon som beskriver dagens utfordringsbilde, og hvilke faktorer som kan påvirke foretakets evne til å rekruttere og beholde medarbeidere i fremtiden. Presentasjonen er vedlegg til konseptrapporten.

### 3.2.1 Dagens rekrutterings- og bemannings situasjon

Det er gjennomført en omfattende kartlegging og analyse av utfordringsbildet i Sykehuset Innlandet relatert til rekruttering og kompetanse. Datagrunnlaget er hentet fra rekrutteringssystemer, sluttundersøkelser, aldersframskrivninger og ulike HR systemer. Kartleggingen på foretaksnivå inkluderer i hovedsak de store yrkesgruppene,

mens det også gjøres tilsvarende innad i de ulike divisjonene. Formålet med analysen er å beskrive dagens utfordringsbilde, som igjen danner grunnlag for å målrette tiltak.

### **Sykepleiere**

Overordnet turnover for fast ansatte sykepleiere i Sykehuset Innlandet var i 2021 på 17 prosent hvorav fire prosent var ekstern turnover og 13 prosent intern turnover. Det er i dag for høy, uønsket turnover blant sykepleiere på enkelte enheter, og da spesielt de medisinske sengepostene, hvor turnover samlet sett i 2021 var på 22 prosent. Dette er en stor økning når man sammenligner med tallene fra 2019 og 2016. 14 prosent av disse går over til andre stillinger i Sykehuset Innlandet. Det at ansatte skifter jobb, har ikke bare uønskede effekter, men det har uansett kostnader knyttet til opplæring av nyansatte og belastning på gjenværende ansatte.

Ansatte som slutter i Sykehuset Innlandet får tilbud om å svare på en sluttundersøkelse. De tre høyest rangerte sluttårsakene blant sykepleiere er høy arbeidsbelastning, ønske om andre/nye utfordringer og turnus/ubekvemme arbeidstider. Situasjonen på sengeposter må ses i sammenheng med pandemien og generell arbeidsbelastning de siste to årene.

Det er forskjeller mellom divisjonene når ansatte som slutter blir spurt om hvor de skal når de slutter, og det er antatt at dette er basert på geografi og det eksterne arbeidsmarkedet. Over 50 prosent av de forespurte fra divisjon Gjøvik-Lillehammer og divisjon Psykisk helsevern svarer at de skal til kommune eller fylkeskommune, mens det tilsvarende tallet for divisjon Elverum-Hamar er 29 prosent. I divisjon Elverum-Hamar svarer imidlertid 38 prosent at de skal over til privat sektor, mens dette tallet er 12 prosent for divisjon Gjøvik-Lillehammer og 31 prosent for divisjon Psykisk helsevern. 33 prosent av de som slutter i divisjon Gjøvik-Lillehammer og 21 prosent i divisjon Elverum-Hamar oppgir at de skal til et annet helseforetak, mens dette tallet bare er 4 prosent for divisjon Psykisk helsevern.

Den økende andelen sykepleiere som slutter (41 prosent økning de siste fem årene) har gjort at det også er utlyst et høyere antall faste stillinger. Det er imidlertid bekymringsfullt at antall søkere i gjennomsnitt per utlyste faste sykepleierstilling har gått ned med 18 prosent i samme periode. Det er størst nedgang i antall søkere til faste sykepleierstillinger på Reinsvoll, Gjøvik og Lillehammer, mens det forholder seg relativt stabilt over de siste fem årene på Tynset, Hamar, Elverum og Sanderud.

### **Spesialsykepleiere**

Det har de siste årene vært utfordrende å rekruttere tilstrekkelig antall sykepleiere med spesialutdanning, spesielt jordmødre, intensivsykepleiere og anesthesisykepleiere. Det er få spesialsykepleiere som har valgt å rangere sluttårsaker. Årsaker som er oppgitt er bedre lederskap, familiesituasjon og turnus/ubekvemme arbeidstider.

Det har vært et relativt stabilt antall søkere til faste stillinger for anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere fra 2017 til 2021. Når det gjelder gjennomsnittlig antall søkere til jordmorstillinger, så har det vært en nedgang på om lag 25 prosent i denne fem års perioden.

For spesialsykepleier som gruppe, er det aldersframskrivninger som utgjør den største bekymringen for foretaket. Sykehuset Innlandet har et stort behov for å tiltrekke ny



kompetanse de neste årene. Prosentandelen som er 55 år eller eldre blant de som har fast stilling i Sykehuset Innlandet per i dag er 25 prosent av anestesisykepleierne, 38 prosent av intensivsykepleierne, 24 prosent av operasjonssykepleierne og 33 prosent av jordmødrene.

### **Legespesialister**

Det har vært utfordringer med rekruttering av legespesialister innenfor flere fagområder, eksempelvis innenfor gynekologi, øyesykdommer, geriatri, hematologi, hudsykdommer, anesthesiologi, radiologi, onkologi, lungemedisin, mamma-endokrinkirurgi og patologi. Innenfor psykisk helsevern er det stort behov for psykiatere og spesialister i rus og avhengighetsmedisin. Mangel på spesialister påvirker både økonomi, ventelister og de ansattes arbeidsbelastning. Den siste perioden har det også vist seg vanskelig å rekruttere leger i spesialisering (LIS) til enkelte avdelinger.

Turnover blant fast ansatte leger var på 15 prosent i 2021, hvor cirka halvparten av disse sluttet i foretaket. Gjennomsnittsalderen for fast ansatte leger i Sykehuset Innlandet er relativt høy. Alderssammensetningen viser at 38 prosent av de ansatte innenfor de ulike legekategoriene er 55 år eller eldre. For øvrige stillingskategorier er det tilsvarende tallet 29 prosent. For avdelingsoverleger er gjennomsnittet på 48 prosent og for seksjonsoverleger 42 prosent.

Det har vært en nedgang på 62 prosent i antall søkere til faste legestillinger i løpet av de siste fem årene. Det er viktig å forsøke å forstå årsakene, som for eksempel hva som er strukturelle årsaker, hva som skyldes omdømme, og om Sykehuset Innlandet framstår som en mindre attraktiv arbeidsgiver for både sykepleiere og leger nå enn hva som var tilfelle i 2017.

### **Andre yrkesgrupper**

Det er også andre yrkesgrupper i Sykehuset Innlandet hvor det er utfordringer med å beholde og rekruttere ønsket kompetanse, som psykologspesialister og bioingeniører.

I de senere år har det vært en reduksjon i søkere til lederstillinger i Sykehuset Innlandet. Per i dag er 27 prosent av alle ledere i Sykehuset Innlandet over 60 år. Det er noe forskjeller mellom divisjoner, og de tre divisjonene med høyest gjennomsnittsalder blant sine ledere er divisjon Eiendom og internservice (36 prosent), divisjon Tynset (35 prosent) og divisjon Psykisk helsevern (30 prosent).

## **3.3 Samfunnsanalysens vurdering av rekrutteringsevne**

I konseptfasen er det gjort en oppdatering og presisering av samfunnsanalysen som ble utført som en del av arbeidet med konkretisering av det framtidige målbildet i 2020. Tilleggsanalysen er utført av Asplan Viak.

Rekrutteringsevnen ved de to alternativene vurderes i lys av nasjonale utviklingstrekk med en økt andel eldre, en forventet økt etterspørsel etter helsepersonell og en varslet underdekning for flere yrkesgrupper. I notatet; «Regional utvikling og rekruttering ved alternativer for sykehusstruktur i Innlandet», oppsummerer og konkluderer Asplan Viak med følgende:

*«Alternativ med Mjøssykehus vil gi lengre arbeidsreiser for de aller fleste ansatte, sammenliknet med nullpluss-alternativet. Dette vil svekke rekrutteringsevnen, i en*

*situasjon der vi allerede forventer utfordringer med fremtidig rekruttering. Det er ventet at det store fagmiljøet ved et sentralisert sykehus vil være attraktivt for de mest spesialiserte stillingene, men ikke ha særlig betydning for andre typer stillinger. Det vil bli vanskeligere å rekruttere enkelte viktige yrkesgrupper i alternativet med Mjøssykehus sammenliknet med nullpluss-alternativet.» (Asplan Viak, 2022)*

I den oppdaterte samfunnsanalysen fra 2022, vurderer Asplan Viak alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet konkret. De mener at alternativet med Mjøssykehuset kan gjøre Innlandet mindre attraktivt å flytte til enn tilfellet er med null-pluss alternativet, og peker på at dette isolert sett vil gjøre rekruttering vanskeligere i et alternativ med Mjøssykehuset enn i et null-pluss alternativ. Mange husholdninger har to voksne i arbeid, da har man også behov for to arbeidsplasser og tilgang på jobb nummer to øker rekrutteringsevnen. Av byene i Innlandet er det Hamar som har best tilknytning til arbeidsplassene lengre sør. Samfunnsanalysen peker på at en lokalisering i Moelv gir liten tilgang på en slik «nummer 2 jobb», med mindre begge jobber ved sykehuset. Mjøssykehuset vil gi økt pendleravstand for de ansatte. Asplan Viak vurderer at dette vil gi lavere rekrutteringsevne enn dagens situasjon. I dag har hele 75 prosent av de ansatte under 15 minutters reisevei, mens transportberegningene viser at kun seks prosent av de ansatte ved Mjøssykehuset vil ha under 15 minutter reisevei til jobb. Asplan Viak trekker spesielt fram yrkesgrupper som ikke er spesialiserte og som de oppfatter ikke har spesielt stort utbytte av å arbeide ved et sykehus.

Den oppdaterte samfunnsanalysen deler rekrutteringsutfordringene inn i tre faser: Den første fasen fra endelig vedtak til åpning av nytt bygg. Den andre fasen omfatter de første fem til ti første driftsårene og den tredje fasen etter at ny struktur har satt seg. I et endelig vedtak vil arbeidsmarkedet begynne å tilpasse seg den nye strukturen. Dette har størst betydning ved valg av Mjøssykehuset, siden dette innebærer størst endringer fra dagens situasjon. Enkelte ansatte som ikke ønsker lengre reisevei vil starte en prosess på å se seg om etter andre jobber, mens det kan bli mindre attraktivt å søke seg jobb på de sykehusene man vet skal legges ned.

### **3.4 Foretakets vurderinger knyttet til området rekruttere og beholde personell**

Effekt målet gode fagmiljøer inneholder følgende vurderingskriterier:

- God rekrutteringsevne og evne til å beholde medarbeidere
- Mulighet for gode arbeidsforhold og arbeidstidsordninger
- Robuste fagmiljø og vaktordninger som ikke er avhengig av kontinuerlig innleie
- Mulighet til å ivareta lovpålagte oppgaver innen utdanning og forskning, inkludert samarbeid med universitet og høgskoler
- At foretaket i størst mulig grad kan tilby utdannelsesløpene i egen regi
- Faglig utvikling for medarbeiderne, der forskning, utvikling, utdanning og innovasjon er integrert i den kliniske hverdagen

Effekt målet har til hensikt å beskrive hvilke faktorer som påvirker mulighetene til å etablere gode fagmiljøer. Mye av eksisterende kunnskapsgrunnlag baserer seg på erfaringer og antagelser. Det er stor uenighet internt om hvilken betydning de ulike kriteriene har for rekrutteringsevnen. De ulike vurderingskriteriene vil ha ulik betydning for ulike yrkesgrupper. Dette er i liten grad belyst i kunnskapsgrunnlaget.

Under følger en overordnet vurdering av faktorene som kan påvirke foretakets evne til å rekruttere og beholde medarbeidere i framtiden. Denne bygger på oppdatert samfunnsanalyse fra Asplan Viak, samt skriftlige innspill fra fagråd, helsefaglige faggrupper, tillitsvalgte, verneombud og divisjoner.

*Reiseavstand.* Nesten 60 prosent av de ansatte i Sykehuset Innlandet bor i Hamar, Lillehammer, Gjøvik eller Elverum kommune. Økt reiseavstand kan ifølge samfunnsanalysen svekke rekrutteringsevnen betydelig, spesielt for de yrkesgruppene som ikke er spesialiserte og som ikke har spesielt stort utbytte av å arbeide ved et sykehus.

*Størrelse på fagmiljøene.* Sykehuset Innlandet har i dagens struktur samlet flere fagmiljøer. Mjøssykehuset vil legge til rette for en ytterligere samling av fagmiljøer rundt pasienten og legge til rette for en helhetlig og framtidsrettet pasientbehandling. Etableringen av Mjøssykehuset vil kunne svekke rekrutteringsevnen til Elverum og Lillehammer. Null pluss alternativet vil sørge for en større samling av fagmiljøene i erstatningssykehuset på Hamar, og det vil styrke rekrutteringsevnen til erstatningssykehuset.

*Mulighet for fagutvikling.* En større faglig samling og økonomisk bærekraft vil kunne ha positiv effekt på mulighetene for fagutvikling, forskning og MTU.

*Redusert vaktbelastning.* Størrelsen på flere av fagmiljøene i Mjøssykehuset vil medføre redusert vakthypighet for legene innenfor flere spesialiteter. Vakthypighet vil bli påvirket av etablering av seksjonerte vaktordninger og størrelse på avdelingene. Dette må vurderes nærmere når strukturen er besluttet.

*Mulighet for seksjonerte vaktordninger for leger –* Alternativet med Mjøssykehuset vil i større grad enn null-pluss alternativet legge til rette for seksjonerte vaktordninger innenfor flere fagområder enn i dag.

*Arbeid på flere lokasjoner -* Det vil i begge alternativene være behov for at ansatte arbeider flere steder, men det vil være flere ansatte som må reise i Mjøssykehus-alternativet og som vil ha lengre reisevei.

*Gode arbeidstidsordninger for pleiepersonell.* Det er usikkert om de to alternativene vil ha noen effekt på arbeidstidsordningene for pleiepersonell.

*Mulighet for økt andel heltidsstillinger.* Det er usikkert hvilken effekt de to alternativene vil ha på muligheten for å øke andel heltidsstillinger.

*Alternative arbeidsplasser.* Mange husholdninger har to voksne i arbeid. Samfunnsanalysen peker på at Hamar har best tilknytning til arbeidsplassene lengre sør og at det i Moelv vil være liten tilgang på en «nummer 2 jobb».

*Fysiske forhold.* Nybygg kan oppleves attraktivt for ansatte.

*Mulighet for etablering av «bemanningssenter».* Det er mulig å etablere bemanningssenter i dagens struktur, men en større samling kan virke positivt.

*Aktivitet i nærheten av høyskolene.* Null pluss vil videreføre lokalisering av sykehusene i nærhet av dagens utdanningsinstitusjoner. Nytt sykehusbygg må legges til rette for areal, som kan benyttes av utdanningsinstitusjoner.

*Utdanning av leger.* Utdanning av legespesialister er den eneste utdanningen som helseforetaket har primæransvar for. Sykehuset Innlandet samarbeider i dag med Universitetet i Oslo om praksisperioder for legestudenter. Sykehuset Innlandet har søkt om godkjenning som utdanningsvirksomhet i de fleste sykehusspesialitetene. Ved å samle kliniske funksjoner i et Mjøssykehus vil Sykehuset Innlandet i større grad kunne tilby helhetlige utdanningsløp innenfor flere spesialiteter enn i nåværende struktur.

Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo har formidlet et ønske om en campus ved Sykehuset Innlandet, som en del av Mjøssykehuset fra 2028. Det er gjort rede for hvilke fortrinn et campus på Innlandet kan ha. Både før og etter Mjøssykehuset er etablert, vil en betydelig del av spesialisthelsetjenestetilbudet i Innlandet tilbys desentralisert. Det er naturlig at studentene ved Campus Innlandet tar del i denne utviklingen, for eksempel ved at lokalmedisinske sentre, ambulante team og prehospitale tjenester brukes som arenaer også i medisnutdanningen<sup>14</sup>. Dersom null-pluss alternativet blir valgt, må mulighetene for etablering av Campus Innlandet ved ett av sykehusene vurderes.

*Høgskoleutdanning.* Sykehuset Innlandet samarbeider med NTNU Gjøvik og Høgskolen i Innlandet Elverum om utdanning av sykepleierstudenter. Utdanning av sykepleiere er en kritisk suksessfaktor for å møte den ventede helsepersonellmangelen og et viktig rekrutteringstiltak for Sykehuset Innlandet. Null-pluss alternativet vil videreføre sykehusene i nærhet av dagens utdanningsinstitusjoner. I alternativet med Mjøssykehuset vil det for studenter bli økt grad av reiser knyttet til praksisperioder i sykehus. Dette gjelder spesielt for de studentene på Elverum som skal ha praksis ved Mjøssykehuset.

Alternativet med Mjøssykehuset har arealer som kan benyttes av utdanningsinstitusjonene. I tillegg til helsefagutdanningene, har NTNU Gjøvik landets fremste utdannings- og forskningsmiljø innenfor informasjonssikkerhet, og HINN har sterke miljøer innenfor blant annet VR, spillteknologi, organisasjonsutvikling og innovasjon. Etablering av et Campus Innlandet i Mjøssykehuset kan åpne for kompetanseutveksling mellom studenter innenfor ulike disipliner.

### **3.5 Omstilling**

I perioden fra beslutning er tatt til strukturen er realisert, vil det i begge alternativer være et stort omstillingsbehov. Det er etablert et organisasjonsutviklingsprogram som skal ha fokus på omstillingsbehovet på mellomlang og lang sikt. I alternativet med Mjøssykehuset, hvor endringen innebærer å flytte hele eller deler av fagmiljø fra seks sykehus inn i et nytt, stort sykehus og hvor svært mange samarbeidsarenaer må etableres på nytt, vil det være nødvendig med omfattende organisasjonsutviklingsarbeid, god planlegging, gjennomføring og oppfølging. Det vil være viktig å etablere gode medvirkningsarenaer hvor ansatte, tillitsvalgte,

---

<sup>14</sup> [Sak 069-2021. Notat til Styret i Sykehuset Innlandet HF 13. juli 2021, Økt kapasitet for medisinerutdanning i Norge](#)

vernetjenesten og ledere deltar aktivt i arbeidet med å utforme framtidens arbeidsplasser og skape forutsigbarhet i prosessen. Parallelt må arbeidet med å rekruttere og beholde personell styrkes.

### 3.6 Samlet vurdering i medvirkningsprosessen – kriterium 1-5

Sykehuset Innlandet har evaluert retningsvalg basert på de faglige effektmålene. Evalueringen ble lagt fram for styringsgruppen i sak 062-2022.

I en utvidet avdelingssjefsamling 10. juni, hvor ledere på nivå 1, 2 og 3, tillitsvalgte og vernetjeneste (TV20 og deres vararepresentanter) og Brukerutvalget var representert, ga deltakerne en vurdering av hvor godt hvert av de to retningsvalgene oppfyller de fem faglige effektmålene. Det ble benyttet et anonymt responsverktøy (Mentimeter) i vurderingen. Det er framkommet noe kritikk av bruken av Menti som verktøy, særlig knyttet til at det ikke tar med seg vurderinger til de enkelte svarene. De innkomne svarene ga likevel et godt underlag for diskusjonene i samlingen, og en veiledende oversikt over hvor godt deltakerne vurderer at effektmålene oppfylles ved alternativene. Vurderingen i avdelingssjefsamlingen sammenfaller godt med de skriftlige innspillene som er gitt i juni 2022, som viser en klar overvekt i støtte for Mjøssykehuset.

I den faglige vurderingen er det benyttet en karakterskala, der de to alternativene vurderes opp mot dagens situasjon. Metoden er vedtatt av styringsgruppen i sak 053-2022. Karakterene er satt for hvert alternativ innenfor hvert effektmål.

Likeverdig eller dårligere enn dagens modell	Noe bedre	Bedre	Mye bedre
0	+	++	+++
Blå	Rosa	Rød	Gul

Tabell 18 Karakterskala vurdering av retningsvalg (H4).



Figur 3 Vurdering av effektmålene, utvidet avdelingsledersamling (Sykehusbygg HF, 2022)

Ledergruppen gjennomførte i etterkant av den utvidede avdelingsjefsamlingen en overordnet vurdering av de to alternativene basert på vurderingene som ble gjort i samlingen. Det påpekes at rekruttering vil være krevende i begge alternativene.

Kriteriene	Null pluss alternativet	Mjøssykehuset
Trygge og gode tilbud	+	++
Gode fagmiljø	+	++
God tilgjengelighet	+	++
Organisering som underbygger gode pasientforløp	+	++
God ressursutnyttelse	+	+++

### **3.7 Brukerutvalgets uttalelse fra juni 2022**

Brukerutvalget deltok i den utvidede avdelingssjefsamlingen 10. juni. De har i sitt skriftlige innspill fra juni 2022 gitt følgende uttalelse:

*«Brukerutvalget har i flere år vært engasjert og involvert i prosessen for å komme frem til en best mulig struktur for Sykehuset Innlandet HF. Vi har i alle disse årene sett at behovet for endringer har vært økende.*

- Funksjonsfordelingen gir ikke grunnlag for god pasientbehandling og gir ulikt behandlingstilbud ved ulike sykehus*
- Pasienter må forholde seg til flere sykehus*
- Oppstykkede pasientforløp for multisyke og skrøpelige eldre*
- Universell utforming er en betydelig mangel i den gamle og nedslitte bygningsmassen*
- Vanskelig å holde høy standard på medisinskteknisk utstyr*
- Virksomheten på 40 forskjellige lokasjoner er ikke bærekraftig*
- For mange pasienter må sendes til regionalt nivå for å få adekvat behandling*

*I realiteten gir ikke 0+-alternativet noen svar på de problemer som har vært årsaken til at den omfattende strukturutredningen har vært nødvendig.*

*0+-alternativet vil være en ulykke for pasientene i Innlandet. Dette alternativet ville føre til at sykehusene ville fortsette sin endring mot en nedgradert standard.»*

## 4. Utredninger og konklusjoner knyttet til vurderingskriteriene 6-9

### 4.1. Vurderingskriterium 6

#### Kvalitet, generalitet, fleksibilitet og elastisitet ved bygningsmassen i de to retningsvalgene

Sykehusbygg har med støtte fra Ratio Arkitekter utført en evaluering av kriteriet kvalitet, tilgjengelighet, generalitet, fleksibilitet og elastisitet for alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet. Her vises til styringsgruppens sak 072-2022.

Evalueringen har benyttet karakterskala som er vedtatt av styringsgruppen

For alle nybyggede arealer legges det til grunn velfungerende og framtidrettede løsninger på kvalitet, tilgjengelighet, generalitet, fleksibilitet og elastisitet.

Sykehusbygg har gjennomgått dokumentasjon av eksisterende bygningsmasse i Sykehuset Innlandet. Det trekkes fram at bygningsmassen viser en snittalder på mer enn 50 år, er sammensatt med mange byggetrinn fra ulike perioder og har lav brutto/nettofaktor. Sykehusbygg vurderer at selv om de gamle byggene oppgraderes, så vil det være utfordrende å oppnå gode løsninger i forhold til dette kriteriet.

Alternativet med Mjøssykehuset består av 50 prosent nybyggareal, 50 prosent eksisterende areal (sum om lag 230.000 m<sup>2</sup> BTA). Her oppnås også en arealeffektivisering som gir om lag 55.000 m<sup>2</sup> BTA lavere totalareal, på grunn av eksisterende bygg som planlegges tatt ut av strukturen. Sykehusbygg har i vurdert alternativet med Mjøssykehuset til verdien «Mye bedre» (+++) som score.

Nullpluss-alternativet består av 15 prosent nybyggareal, 85 prosent eksisterende areal (sum om lag 285.000 m<sup>2</sup> BTA), og vurderes til kun marginalt bedre og får score «Likeverdig eller svakest (0).

Norconsult skriver i rapporten «*Konseptfase for videreutvikling av Sykehuset Innlandet - Investeringsbehov for eksisterende bygningsmasse Mjøssykehuset, nullalternativ og null-pluss, følgende:*

*“Alder og tilstand på store deler av bygningsmassen til Sykehuset Innlandet er såpass dårlig for alle alternativene at tidspress på gjennomføring av teknisk oppgradering og ombygging for utvidet levetid vil bli krevende”.*

Norconsult har vurdert investeringsbehovene i eksisterende bygningsmasse fram mot 2040, her vises det til kapitlet Investeringskostnader nedenfor.

### 4.2. Vurderingskriterium 7

#### Bærekraft i form av ytre miljø, energibehov og CO<sub>2</sub> utslipp

Konseptrapportens vurdering av bærekraft i form av ytre miljø, energibehov, CO<sub>2</sub>-utslipp omfatter kriterier innenfor klimagass, økologi og lokalmiljø/nærhet.



Klimagassberegninger omfatter transportarbeid, materialforbruk ved nybygging og rehabilitering, samt energiforbruk av bygg i driftsfase. Vurderingene viser at alternativet med Mjøssykehuset har størst klimagassutslipp fra transport i driftsfase, mens null-pluss alternativet har et større energiforbruk i driftsfasen fordi det her inngår totalt flere kvadratmeter. I tillegg har null-pluss alternativet større innslag av rehabiliterte arealer med lavere energieffektivitet sammenlignet med nybygg. De andre vurderingsområdene påvirkes av arealbehov, energiforsyning og lokale forhold ved de to nybyggalternativene.

De samlede vurderingene, som er utført av en rådgivergruppe fra COWI, viser at det er vanskelig å rangere ett av de to alternativene som bedre eller dårligere enn det andre innenfor dette vurderingskriteriet.

### **4.3. Vurderingskriterium 8**

#### **Regional utvikling**

Samfunnsanalysen beskriver sykehusstrukturens virkning på den demografiske utviklingen i Innlandet og hvordan det regionale arbeidsmarkedet og verdiskapningen i området påvirkes i de to alternativene. Analysen legger til grunn at den demografiske utviklingen på landsbasis i stor grad er knyttet til sentralitet. Perspektivmeldingen 2021 viser at de minst sentrale kommunene gjennom flere tiår har blitt mindre, mens de mest sentrale har blitt større<sup>15</sup>.

Samfunnsanalysen legger til grunn at en svekkelse av byene i Innlandet vil forsterke en forventet negativ utvikling av befolkningen i yrkesaktiv alder. I alternativet med Mjøssykehuset legger samfunnsanalysen til grunn at det vil bli mindre attraktivt å flytte til byene og til Mjøsregionen som helhet. Null-pluss alternativet, som opprettholder flere arbeidsplasser i byene, vil ifølge samfunnsanalysen ikke gi tilsvarende konsekvenser. I dette alternativet bemerker Asplan Viak at en lokalisering av et erstatningssykehus på Sanderud vil være noe mindre attraktiv enn dagens løsning. Null-pluss alternativet er i konseptrapporten samlet sett vurdert som det beste alternativet innenfor dette vurderingskriteriet.

Temaet regional utvikling ble også beskrevet i samfunnsanalysen fra 2020 og belyst i den påfølgende høringsprosessen, hvor det framkom en rekke innspill. Flere høringsinstanser vektla behovet for en balansert regional løsning. Innlandet fylkesting, som har ansvar for en helhetlig og ønsket utvikling i fylket, presiserte i sin høringsuttalelse at samfunnsmessige konsekvenser må vektlegges ved planlegging av sykehusstrukturen:

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

Innlandet fylkesting vedtok i 29. april 2020 Areal- og transportstrategi for Mjøsbyen. Strategien beskriver Mjøsbyen som et flerkjernet by- og tettstedsområde med potensial til å utvikles til en funksjonell bo- og arbeidsmarkedsregion. En tilknytning til et større

---

<sup>15</sup> [Finansdepartementet, Meld. St. 14 \(2020–2021\) Perspektivmeldingen 2021](#)

bo- og arbeidsmarked har tidligere vært vektlagt ved utviklingen av Sykehuset Innlandets målbilde, herunder i styrets vedtak i idéfasen<sup>16</sup>.

#### 4.4. Vurderingskriterium 9

##### **Investerings, driftseffekter og økonomisk bæreevne**

Det er utført oppdaterte økonomiske analyser i konseptfasens steg 1. Analysene er i tråd med mandatet og relevante nasjonale og regionale veiledere og retningslinjer. Analyse av økonomisk bæreevne belyser hvorvidt helseforetaket vil ha en driftsøkonomi som gjør det mulig å bære de økonomiske forpliktelsene prosjektet medfører og samtidig opprettholde god og forsvarlig drift. Ved vurdering av helseforetakets bæreevne er egenfinansieringen og øvrige investeringsbehov ved helseforetaket inkludert, herunder finansiering og driftsøkonomiske effekter av prosjektet. Det vises til delrapport «*Økonomiske analyser, Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF*» datert 5. august 2022 for nærmere innsikt i bæreevneanalysene.

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

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

##### **Investeringskostnader**

De underliggende investeringskostnadene for de to alternativene er estimert av Norconsult på bakgrunn av estimert arealbehov i byggene som skal videreføres. Videre er det tatt høyde for investeringer i bygg som ikke blir direkte berørt av den nye sykehusstrukturen. Det vises til delrapport «*Konseptfase for videreutvikling av Sykehuset Innlandet – investeringsbehov for eksisterende bygningsmasse Mjøssykehuset, nullalternativ og null-pluss*» datert 1. juli 2022 for mer om investeringsestimater. Tabellen under viser de totale investeringskostnadene, eksklusive tomteknadene, for henholdsvis alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet.

---

<sup>16</sup> Sak 079–2017 Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – Godkjenning av idéfaserapport med anbefaling om framtidig målbilde.

Lokasjon	Investeringsestimater bygg pr alternativ (tall i MNOK)							
	Alternativet med Mjøssykehuset				Null-pluss alternativet			
	Vedlikehold	Teknisk oppgradering	Ombygging/nybygg	Sum	Vedlikehold	Teknisk oppgradering	Ombygging/nybygg	Sum
Lillehammer	344	289	1 914	2 547	344	297	1 964	2 605
Gjøvik	56	0	0	56	277	186	1 593	2 057
Hamar	24	0	0	24	24	0	0	24
Elverum	233	183	1 512	1 928	233	189	1 566	1 987
Rehab Follebu, Gjøvik, Ottestad	14	0	0	14	67	85	449	602
Tynset	63	68	432	564	63	68	432	564
Habilitering Lillehammer og Sanderud	4	0	0	4	18	23	121	163
Sanderud	32	0	0	32	161	223	644	1 028
Reinsvoll	29	0	0	29	145	110	740	996
Mjøssykehuset (ekskl. tomt)			11 279	11 279				0
Erstatningssykehus Hamar (ekskl. tomt)				0			4 284	4 284
<b>Totalt</b>	<b>798</b>	<b>540</b>	<b>15 139</b>	<b>16 478</b>	<b>1 332</b>	<b>1 182</b>	<b>11 795</b>	<b>14 309</b>

Tabell 19: Estimerte investeringskostnader i begge utredningsalternativene.

Analysene viser at alternativet med Mjøssykehuset har et vedlikeholds- og investeringsbehov i bygg på ca. 16,5 milliarder kroner eksklusive tomt. For null-pluss alternativet utgjør behovet ca. 14,3 milliarder kroner eksklusive tomt. Det bemerkes at den første kolonnen med vedlikeholdsbehov i hovedsak dekkes av driftsbudsjett, mens øvrige estimater i hovedsak må ivaretas via investeringsmidler. Investeringskostnader for tomt er inkludert i bæreevneanalysene, men ikke vist særskilt her av konfidensialitetshensyn.

Kostnader til ikke-byggnær IKT er estimert til å utgjøre om lag 770 millioner kroner for alternativet med Mjøssykehuset og om lag 290 millioner kroner for erstatningssykehuset for Hamar. Investeringen i ikke-byggnær IKT foretas av Helse Sør-Øst RHF, mens Sykehuset Innlandet HF tilbakebetaler investeringen gjennom den årlige tjenesteprisen fra Sykehuspartner HF fordelt over åtte år. Videre er det forutsatt en investering på omtrent 60 millioner kroner for luftambulansbase. For alternativet med Mjøssykehuset er det i bæreevneanalysene tatt høyde for et økt behov for ambulansbiler for de prehospitaltjenestene.

Det totale investeringsbehovet ovenfor er lagt til grunn i de økonomiske bæreevneanalysene, i samme tidsperiode i begge alternativene for å sikre at analysene er sammenlignbare.

Utover ovennevnte, er det lagt inn framtidige reinvesteringer i bygg, medisinskteknisk utstyr og annet for å sikre tilfredsstillende tilstand i hele analyseperioden. Sykehuset Innlandet HF vil gå nærmere gjennom behovene for bygningsmessige investeringer etter at vedtaket er fattet. Detaljert ambisjonsnivå for gjenværende bygg, tidsplan (periodisering) og finansiering vil være viktige områder for en nærmere gjennomgang og behandling, herunder gjenværende bygningsmasse ved de distriktspsykiatriske sentrene.

## Finansiering

Større investeringsprosjekter kan i hovedsak finansieres gjennom tre ulike kilder:

1. Lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)
2. Basisfordring
3. Helseforetakets egne midler

Lånefinansiering og bruk av basisfordring krever regional godkjenning, og kan kun benyttes til å dekke regionalt godkjent investeringsramme. Øvrig finansieringsbehov dekkes av Sykehuset Innlandets egne midler, som primært består av tidligere oppsparte midler, likviditet fra avhending av eiendom og framtidige positive resultater.

Det er forutsatt at 70 prosent av nybyggene, inkludert ikke-byggnær IKT og tomtekostnader, finansieres ved lån fra HOD. Egenfinansieringen av nybyggene på 30 prosent er forutsatt dekket ved trekk på basisfordringen. Øvrige investeringer i luftambulansbase, organisasjonsutvikling og flytting, reinvesteringer og vedlikehold av gjenværende bygg, utstyr og ambulanser er forutsatt finansiert av Sykehuset Innlandet HF sine egne midler. Sett opp mot investeringsbehovet for bygg i Tabell 19, innebærer føringene at Sykehuset Innlandet HF vil ha et større samlet egenfinansieringsbehov for null-pluss alternativet enn alternativet med Mjøssykehuset. Det bemerkes at endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med godkjenning av konseptfasen (B3-beslutning).

Basisfordringen oppstår som følge av den etablerte finansieringsmodellen for foretaksgruppen. Helse Sør-Øst RHF har en regional lånemodell hvor det holdes tilbake likviditet fra helseforetakene til regionalt fellesprioriterte investeringer i bygge- og IKT-prosjekter. Ved utgangen av 2022 utgjør basisfordringen Sykehuset Innlandet har mot Helse Sør-Øst RHF om lag to milliarder kroner. Fordringen øker årlig med om lag 70 millioner kroner, og tilsvarer Sykehuset Innlandet HF sine avskrivninger fratrukket likviditet til egne investeringer. Basisfordringen er hovedelementet i egenfinansieringen av nybyggene og opparbeides uavhengig av Sykehuset Innlandets sine regnskapsmessige resultater. De foreløpige føringene om finansieringsplan innebærer at basisfordringen kun kan benyttes som egenfinansiering for nybyggene. For null-pluss alternativet forventes Sykehuset Innlandet å ha en rest basisfordring etter egenfinansiering av erstatningssykehuset for Hamar. Dersom null-pluss alternativet velges som framtidig sykehusstruktur, må det avklares med Helse Sør-Øst RHF om Sykehuset Innlandet HF kan benytte gjenværende basisfordring til å finansiere øvrige investeringer. Det er foreløpig forutsatt, for begge alternativene, at øvrige investeringer finansieres gjennom egne midler.

Sykehus som i det framtidige målbildet skal utvikles, kan avhendes. På bakgrunn av dette er det estimert salgsverdi for eiendommer som er aktuelle for avhending i de ulike alternativene. De estimerte salgsverdiene er antatt å være lavere enn de bokførte verdiene og vil medføre regnskapsmessige tap (tilsvarende forskjellen mellom salgsverdi og bokført verdi i balansen på salgstidspunktet). Likviditeten fra salget vil kunne inngå i finansieringen av investerings- og vedlikeholdsprosjekter.

### **Driftsøkonomiske effekter og gevinster**

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

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

Driftsgevinstene er estimert ved å vurdere konsekvenser av samlokalisering og endrede bygg for spesifikke driftsområder som forventes å påvirkes av endret sykehusstruktur og/eller bygg. Effekt i kronebeløp er estimert som differansen mellom 2040-framskrevet lønns- og driftskostnad gitt forutsatte endringer i sykehusstruktur/bygg og

2040-framskrevet lønns- og driftskostnad gitt dagens struktur/bygg (baseline). Baseline tar høyde for aktivitetsframskrivingen, og derav et økt framtidig bemanningsbehov, med utgangspunkt i videreføring av dagens produktivitet. Det bemerkes at driftsgevinster følger av en lavere økning i framtidig bemanningsbehov sammenlignet med baseline, og ikke en reduksjon fra dagens bemanningsnivå.

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

Tabellen nedenfor viser de beregnede driftsøkonomiske gevinstene i 2040 per alternativ. Positivt tall indikerer reduksjon av årlige driftskostnader (netto driftsgevinst) og negativt tall indikerer økning av årlige driftskostnader (netto kostnadsøkning).

Estimerte årlige driftsøkonomiske gevinster i 2040 (MNOK)		
Hovedområde	Null-pluss alternativet	Mjøssykehuset
Klinisk personell somatikk	30	215
Klinisk personell psyk/TSB	5	55
Medisinsk service- og støttefunksjoner	5	30
Prehospitaltjenester og pasientreiser	-	-35
FDV	-30	15
Øvrige service- og støttefunksjoner	10	75
Andre driftseffekter	5	15
<b>Sum estimerte nettogevinster</b>	<b>25</b>	<b>370</b>
<i>Andel av SIHF betalbare driftskostnader B2022</i>	<i>0,28 %</i>	<i>4,16 %</i>

Tabell 20: Estimerte årlige netto driftsgevinster i 2040 per alternativ for framtidig sykehusstruktur. Beløp i millioner kroner, avrundet til nærmeste 5 eller 10 millioner kroner.

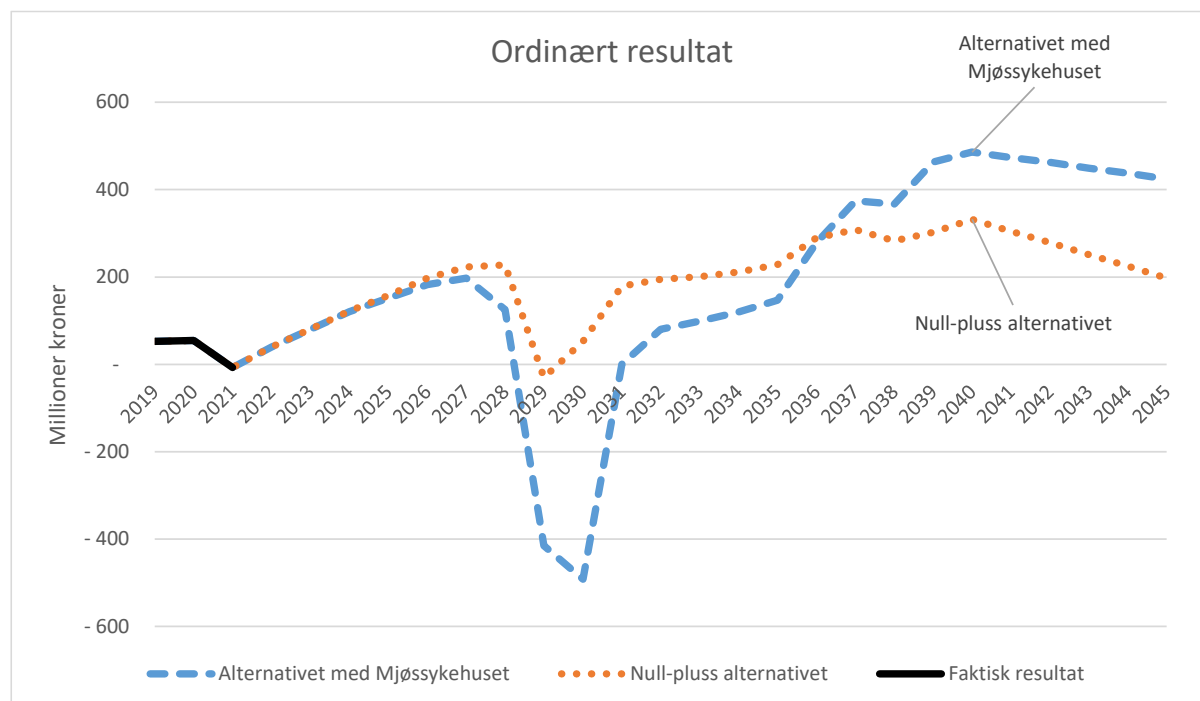
Analysene av driftsøkonomiske effekter for alternativene for framtidig sykehusstruktur indikerer at null-pluss alternativet har netto driftsgevinster på totalt 25 millioner kroner, mens alternativet med et Mjøssykehus har driftsgevinster på totalt 370 millioner kroner. Hovedforskjellen skyldes at Mjøssykehuset muliggjør vesentlig mer samlokalisering og dermed strukturelle tiltak innen somatikk, psykisk helsevern og TSB samt støttefunksjoner. Mjøssykehuset utgjør et større nybygg og innebærer at mer aktivitet flytter inn i vesentlig forbedrede funksjonelle arealer. Alternativet medfører også at totalarealet i helseforetaket reduseres og gir dermed en positiv nettoeffekt for forvaltning, drift og vedlikeholdskostnader (FDV-kostnader). For en nærmere beskrivelse av hovedområdene i tabellen vises det til notat «*Driftsøkonomiske vurderinger av framtidig sykehusstruktur*» datert 30. juni 2022.

Analysene tar hensyn til prisstigning fra tidligere arbeid. Det er også gjennomført nye gjennomganger innen samtlige av analyseområdene og for de vesentligste effektene er analysene utført på et mer detaljert nivå. Det understrekes likevel at analysene fortsatt er beheftet med stor grad av usikkerhet. Estimaten må verifiseres når skisser av framtidig sykehusstruktur utarbeides i steg 2 av konseptfasen og videreutvikles i senere faser.

Effektene vist ovenfor tar kun høyde for direkte driftsøkonomiske effekter av framtidig sykehusstruktur. Det er ikke tatt høyde for endringer som vil tilkomme uavhengig av framtidig sykehusstruktur.

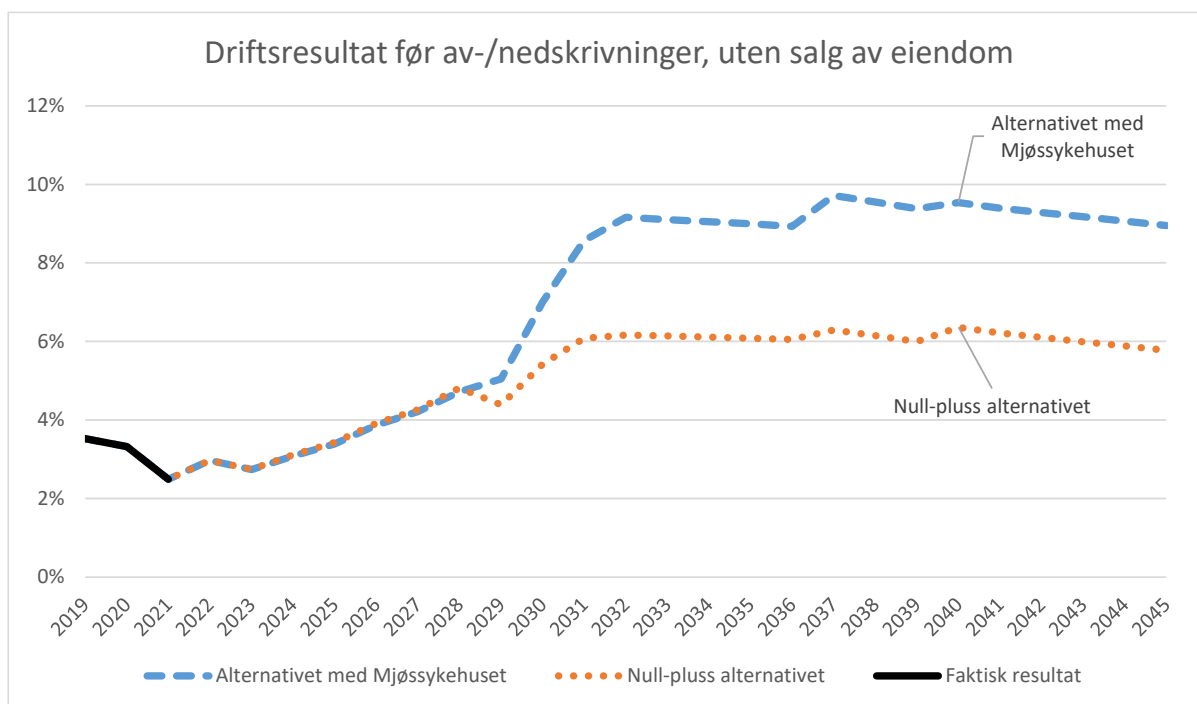
### Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå

Med utgangspunkt i Sykehuset Innlandet HF sin økonomiske langtidsplan for 2022-2025 er det utarbeidet analyser som viser de totaløkonomiske og regnskapsmessige effektene i et langsiktig perspektiv.



Figur 4: Regnskapsmessige årsresultat i perioden 2019-2045. Årene 2019-2021 er faktiske tall. Perioden 2022-2025 er budsjett iht. ØLP. Øvrige år er estimerer basert på framskrivninger og bæreevneanalyser.

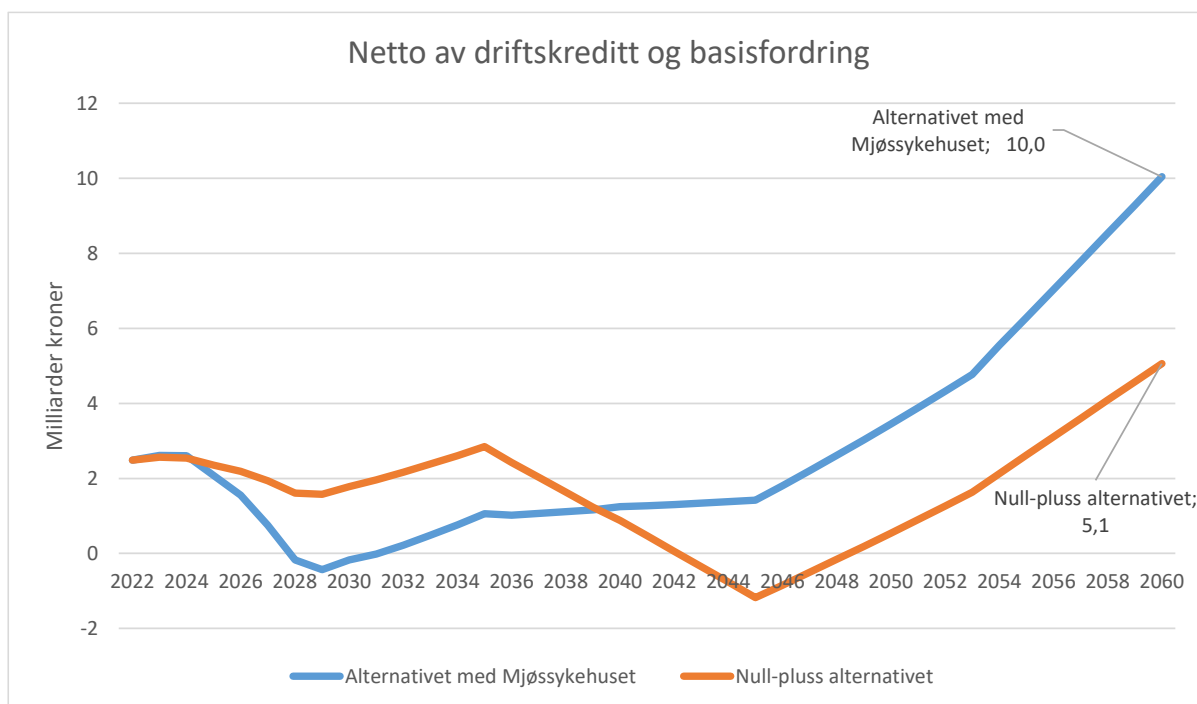
Figuren viser at Sykehuset Innlandet HF vil oppleve en periode med negative estimerte regnskapsresultater i begynnelsen av driftsperioden i nybygg for begge alternativene. En vesentlig årsak til dette er økte avskrivninger og rentekostnader, samt at det vil ta noen år før driftsgevinstene inntreffer for fullt. Det er lagt til grunn avhending av fraflyttet eiendom i 2030, noe som vil gi regnskapsmessige tap som følge av at salgsinntektene forventes å være lavere enn eiendommenes restverdi i balansen. Det regnskapsmessige tapet på grunn av avhending er minst i null-pluss alternativet da det avhendes færre sykehus i dette alternativet. Avhending av eiendom vil imidlertid tilføre likviditet og det vil kunne avhendes flere bygg i alternativet med Mjøssykehuset. Effektene av å avhende eiendom er beregnet til å være av en slik karakter at det ikke vil ha innvirkning på valget mellom alternativene.



Figur 5: Utvikling i driftsresultatmargin i perioden 2019-2045. Årene 2019–2021 er faktiske tall. Perioden 2022–2025 er budsjett iht. ØLP. Øvrige år er estimater basert på framskrivinger og bæreevneanalyser.

Figuren over viser utviklingen i driftsresultatmargin (før avskrivninger og renter) for alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet. I begge alternativene er det forutsatt lik effektivisering i forkant av byggeprosjektene og fram til 2028. Fra 2028 øker driftsmarginen i begge alternativene. For Mjøssykehuset øker driftsmarginen til om lag ni prosent og for null-pluss alternativet øker driftsmarginen til om lag seks prosent ved utgangen av perioden. Dette følger av funn i de driftsøkonomiske analysene.

Sykehuset Innlandet må på kort sikt fortsette med omstillinger i driften for å tilpasse seg økonomiske rammer i årene framover. Foretaket planlegger også driftstilpasninger for å øke resultatene fram mot ny sykehusstruktur og for å ha økonomisk handlingsrom og midler til årlige investeringer i medisinskteknisk utstyr, IKT, ambulanser og vedlikehold av bygg. Omstillingene og tilpasningene skjer blant annet ved effektivisering, optimalisering av pasientforløp, innføring av nye behandlingsmetoder og bruk av ny teknologi. Bemanningsnivået må også tilpasses normal drift etter ekstraordinært høye lønnskostnader som følge av pandemien. Det er følgelig lagt opp til økende årsresultater i perioden fram til 2028. Det er også hensyntatt kostnader til organisasjonsutvikling, ulempekostnader og flyttekostnader til nybygg fram mot innflytting. Analysene viser at Sykehuset Innlandet periodevis vil oppleve en krevende økonomi og stram likviditetssituasjon uansett valg av framtidig sykehusstruktur. Driftsgevinstene er forutsatt gradvis realisert i løpet av de fire første årene etter innflytting i nybygg. Samtidig vil avskrivningskostnader og kostnader til ikke-bygg nær IKT for nybygg avta. I sum medfører dette at driftsresultatmargin og årsresultatene netto styrkes fra 2030 og framover.



Figur 6: Netto av driftskreditt og basisfordring mot foretaksgruppen 2022-2060.

Figuren ovenfor uttrykker likviditeten Sykehuset Innlandet HF har til å finansiere større investeringsprosjekter. Funnene viser at det vil være behov for regional mellomfinansiering (trekke på basisfordringen) i perioden fra 2028-2031 for alternativet med Mjøssykehuset og i perioden fra 2043-2048 for null-pluss alternativet. Mellomfinansieringsbehovet utgjør om lag 0,8 milliarder kroner for alternativet med Mjøssykehuset og om lag 3,8 milliarder kroner for null-pluss alternativet.

Begge alternativene har en tilfredsstillende likviditetsutvikling ved utgangen av prosjektets levetid, gitt forutsetningene som er lagt til grunn. Funnene viser likevel at framtidig egenfinansieringsevne er bedre i alternativet med Mjøssykehuset enn for null-pluss alternativet.

I delrapport «Økonomiske analyser, Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF» framgår analyser av økonomisk bæreevne på prosjektnivå. Gitt forutsetningene som er lagt til grunn, har ingen av alternativene bæreevne på prosjektnivå. Erfaringsmessig er dette vanlig for denne type investeringsprosjekter. Alternativet med Mjøssykehuset har derimot positiv akkumulert likviditetsstrøm over prosjektets levetid. Delrapporten viser også sensitivitetsanalyser for bæreevnen ved endring av vesentlige forutsetninger knyttet til investering, finansiering og driftsøkonomi. Analysene viser at de to alternativene har ulik risikoprofil og påvirkes i ulik grad av endringer i sentrale forutsetninger. Null-pluss alternativet er mest sensitivt for endringer i lånerenten, mens alternativet med Mjøssykehuset er mest sensitiv for endringer i framtidige driftsgevinster. Alternativet med Mjøssykehuset opprettholder økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå selv om effektivisering/kostnadstilpasning i forkant reduseres med 50 prosent eller driftsgevinstene reduseres med 1/3. Null-pluss alternativet har negativ akkumulert likviditetsstrøm og negativ netto nåverdi i alle scenarier. Alternativet med Mjøssykehuset har positiv akkumulert likviditetsstrøm i de fleste scenarier, men negativ netto nåverdi i alle scenarier.



## Oppsummering økonomi og økonomisk bærekraft

De oppdaterte bæreevneanalysene viser at Sykehuset Innlandet har økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå for begge alternativene som er analysert i konseptfasens steg 1, gitt forutsetningene som er lagt til grunn. Funnene viser at begge alternativene vil kunne medføre en stram likviditetssituasjon i en periode, og det vil være behov for regional mellomfinansiering for begge alternativene. Mellomfinansieringsbehovet er størst for null-pluss alternativet. Begge alternativene oppfyller egenfinansieringssevne til framtidig investeringscyklus, men alternativet med Mjøssykehuset kommer bedre ut enn null-pluss alternativet.

Begge alternativene vil kunne legge til rette for en viss fleksibilitet til å tilpasse investeringene i bygg som skal videreføres til framtidig betalingsevne. Null-pluss alternativet vil ha en større grad av fleksibilitet da investeringene er fordelt på flere lokalisasjoner enn i alternativet med Mjøssykehuset. Lavere investeringskostnad for erstatningssykehuset for Hamar innebærer at null-pluss alternativet binder mindre likviditet på kort sikt. Samtidig vil nødvendige oppgraderinger av gjenværende bygg kreve betydelige investerings- og vedlikeholdsmidler i null-pluss alternativet.

Analysene indikerer at Sykehuset Innlandet HF vil få en mer krevende likviditetssituasjon og høyere behov for mellomfinansiering når disse investeringene gjennomføres. Dette innebærer at en større andel av helseforetakets virksomhet kan få utsatt oppgraderinger dersom den framtidige underliggende driften ikke sikrer tilstrekkelig likviditet til egenfinansiering av investeringsbehovet.

Alternativet med Mjøssykehuset forventes å ha en høyere driftsmargin enn null-pluss alternativet på grunn av større potensial for driftsøkonomiske gevinster av samling i stort nybygg og arealeffektivisering. Selv om det samlede investeringsbehovet er høyere for alternativet med Mjøssykehuset, viser analysene at gevinstpotensialet gir helseforetaket en bedre langsiktig økonomisk bæreevne enn i null-pluss alternativet. Alternativet med Mjøssykehuset binder mer kapital på kort sikt, men vil innebære en mindre stram likviditetssituasjon og mindre behov for mellomfinansiering enn null-pluss alternativet. Alternativet med Mjøssykehuset innebærer også risiko for at investeringer i gjenværende bygg utsettes dersom den framtidige driften ikke sikrer tilstrekkelig likviditet, men en eventuell utsettelse vil påvirke en mindre andel av helseforetakets virksomhet. Alternativet har best økonomisk bæreevne på lang sikt.

Funnene viser at begge alternativene tilfredsstillt krav til økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå. I henhold til Helse Sør-Øst RHF sine kriterier for et helseforetaks bæreevne, rangeres alternativet med Mjøssykehuset å ha best økonomisk bæreevne.

Vedlegg:

Vedlegg 1: «Prosjektmandat for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF, Konseptfasen»

Vedlegg 2: «*Konseptrapport steg 1, Beslutning B3A Videreutvikling av Sykehuset Innlandet*» med tilhørende 15 vedlegg

Vedlegg 3: Protokoll (godkjent) med vedlegg fra drøfting med foretakstillitsvalgte og foretakshovedverneombud (TV20)