

NOTAT

Til: Brukerutvalget, divisjoner, HAMU, tillitsvalgte, vernetjeneste, fagråd og faggrupper i Sykehuset Innlandet

Fra: Prosjekt Framtidig sykehusstruktur / OU-programmet

Dato: 21. desember 2022

Sak: Vurdering av trinnvis utbygging av Mjøssykehuset

ENDRINGSLOGG

| Versjon | Dato | Endring | Produsent | Godkjent av |
|---------|----------|---|-----------------|-------------|
| 1.0 | 21.12.22 | Dokument utsendt for innspill | Prosjektgruppen | |
| 1.1 | 12.01.23 | Rettet beskrivelse av BUP s. 7 og s. 10 | Prosjektgruppen | |

Brukerutvalget, divisjoner, hovedarbeidsmiljøutvalget, tillitsvalgte og vernetjeneste på foretaks- og divisjonsnivå, fagråd og faggrupper inviteres til å gi innspill til pågående utredninger i konseptfasen. Det vises til informasjonsmøter i desember 2022.

Innledning

Sykehuset Innlandet gjennomfører medvirkningsprosesser knyttet til tilleggsoppdraget i konseptfasen steg 1, som ble gitt av helseministeren i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 21. november 2022¹. Tilleggsoppdraget omfatter to tema:

Foretaksmøtet ber Helse Sør-Øst RHF innen 10.03.23 belyse:

- hvordan en mulig trinnvis utbygging i Mjøssykehus-alternativet kan bidra til å redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom*
- mulige risikoreduserende tiltak knyttet til bibehold av medarbeidere i fasen fram til byggestart*

Helse Sør-Øst RHF har bedt Sykehuset Innlandet om å bistå arbeidet med tilleggsoppdraget.

Helseforetakets ansvar framgår av protokoll fra foretaksmøte i Sykehuset Innlandet 1. desember 2022:

Foretaksmøtet viste til vedtak i sak 3 i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 21. november 2022 og ba Sykehuset Innlandet HF om å bistå i arbeidet.

Foretaksmøtet ba Sykehuset Innlandet HF om å utrede mulige risikoreduserende tiltak knyttet til bibehold av medarbeidere i fasen fram til byggestart. Dette skal oppsummeres i en egen rapport innen 1. februar 2023.

I tråd med vedtaket skal Sykehuset Innlandet bistå begge deloppdragene som er beskrevet i Helse- og omsorgsdepartementets tilleggsoppdrag til Helse Sør-Øst RHF.

¹ [Protokoll-foretaksmote-i-helse-sor-ost-rhf-21-november-2022.pdf \(regjeringen.no\)](#)

Innenfor det første deloppdraget skal Sykehuset Innlandet bistå prosjektorganisasjonens arbeid med å belyse hvordan en mulig trinnvis utbygging i Mjøssykehus-alternativet kan bidra til å redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom.

I det andre deloppdraget skal Sykehuset Innlandet gjennomføre en utredning av mulige risikoreduserende tiltak knyttet til bibehold av medarbeidere i fasen fram til byggestart. Deloppdrag 2 omfatter begge de to alternativene som er utredet i konseptfasen steg 1.

Tilleggsoppdraget i konseptfasen er en avgrenset utredning av spesifikke spørsmål som ønskes nærmere belyst innenfor en relativt kort tidsperiode, før oppstart av konseptfasen steg 2.

Det legges opp til styrebehandling i Sykehuset Innlandet og Helse Sør-Øst RHF innen fristen som er satt av Helse- og omsorgsdepartementet.

To parallelle innspillsrunder

Sykehuset Innlandet har utviklet en medvirkningsplan som legger til rette for involvering av brukere, ansatte og deres organisasjoner og vernetjenesten innenfor de rammene som er gitt. For å løse dette oppdraget gjennomfører Sykehuset Innlandet to skriftlige innspillsrunder i perioden desember 2022 – januar 2023. Rammene for hver innspillsrunde beskrives i det enkelte innspillsnotat.

Rammene er i korte trekk som følger:

Deloppdrag 1

– hvordan en mulig trinnvis utbygging i Mjøssykehus-alternativet kan bidra til å redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom

Medvirkningsorganer: Brukerutvalget, divisjoner, hovedarbeidsmiljøutvalget, tillitsvalgte og vernetjeneste på foretaks- og divisjonsnivå, fagråd og faggrupper

Frist for innspill: 18. januar 2023

Deloppdrag 2

– mulige risikoreduserende tiltak knyttet til bibehold av medarbeidere i fasen fram til byggestart

Medvirkningsorganer: Divisjoner, hovedarbeidsmiljøutvalget, tillitsvalgte og vernetjeneste på foretaks- og divisjonsnivå

Frist for innspill: 11. januar 2023

De skriftlige innspillsrundene er viktige medvirkningstiltak, og det er lagt stor vekt på å gi en tilstrekkelig tidsramme for innspillene. Selv om tidsrammen er begrenset, er det viktig at alle innspill leveres innen fristen, slik at disse kan bli behandlet som en del av det samlede vurderingsgrunnlaget.

Innspillene er rådgivende i Sykehuset Innlandets prosess med å bidra med faglige vurderinger i konseptfasen, som ledes av Helse Sør-Øst RHF.

Informasjon om deloppdrag 1

Dette innspillsdokumentet er avgrenset til deloppdrag 1: *Vurdering av trinnvis utbygging*. Deloppdrag 1 er avgrenset til alternativet med Mjøssykehuset.

Innspillsdokumentet inneholder to hoveddeler. Først presenteres trinnvis utbygging av Mjøssykehuset med mulige alternativer for trinnvis utbygging. Dette er underlaget for vurderinger av risikoen i omstillings- og utviklingsprosessene som er innspillsdokumentets viktigste oppgave. Formålet med innspillsrunden er å få innspill om fordeler og ulemper ved ulike alternativer for en eventuell trinnvis utbygging, sammenlignet med en sammenhengende utbygging.

Avslutningsvis presenteres de økonomiske forutsetningene ved trinnvis utbygging og en oppdatert plan for medvirkning.

Vedlagt dette innspillsnotatet er et svarskjema som skal benyttes ved oversendelse av skriftlige innspill.

Innspill til deloppdrag 1 sendes prosjektdirektør Roger Jenssen i Sykehuset Innlandet innen 18. januar 2023: roger.jenssen@sykehuset-innlandet.no

Alle interne innspill vil bli publisert på minSide og Sykehuset Innlandets nettsider.

Rapporter og saksdokumenter som det vises til i innspillsnotatet er tilgjengelige på Sykehuset Innlandets nettsider: <https://sykehuset-innlandet.no/framtidig-sykehusstruktur>

Det legges opp til følgende tidsplan:

| Tid | Tiltak |
|------------------------|---|
| 6.–9. desember 2022 | Informasjon om innspillsrunde i Brukerutvalget, TV20 og Fagrådsledermøte, samt i Sykehuset Innlandets ledergruppe |
| 20. desember 2022 | Informasjon om innspillsrunde i utvidet ledersamling (Digitalt møte) |
| 21. desember 2022 | Utsendelse av innspillsnotat |
| 18. januar 2023 | Frist for skriftlige innspill |
| 24. og 31. januar 2023 | Behandling i Sykehuset Innlandets ledergruppe |
| 9. februar 2023 | Behandling i styringsgruppen (Helse Sør-Øst RHF) |
| 22. februar 2023 | Behandling i styret i Sykehuset Innlandet |
| 9. mars 2023 | Behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF |
| 10. mars 2023 | Frist for oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet |

På bakgrunn av innspillsrunden vil ledergruppen i Sykehuset Innlandet gjøre en samlet vurdering. Sykehuset Innlandets samlede tilrådning skal oversendes Helse Sør-Øst RHF for behandling i styringsgruppen for konseptfasen.

Bakgrunn

Alternativet med Mjøssykehuset legger til grunn en samling av funksjoner som i dag er lokalisert på seks ulike sykehus, samt virksomhet fra øvrige enheter innenfor psykisk helsevern, habilitering, fysikalsk medisin og rehabilitering. Det er i konseptfasen steg 1 pekt på at dette medfører risiko i de omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom.

Helse Sør-Øst RHF viser i styresak 102-2022 "Sykehuset Innlandet HF – hovedprogram og valg av hovedalternativ og tomt for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF" til at det skal vurderes om en trinnvis utbygging er et egnet tiltak for å redusere risikoen ved omstillingen:

Etablering av et nytt stort Mjøssykehus medfører samling av funksjoner som i dag er lokalisert på seks ulike sykehus. Styret erkjenner at omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom, medfører risiko. Tiltak for å redusere risiko må iverksettes. Det skal i steg to av konseptfasen blant annet vurderes om trinnvis utbygging er et egnet tiltak for å redusere risikoen ved omstillingen. (Helse Sør-Øst, styresak 102-2022, vedtakspunkt 7)

Helse- og omsorgsdepartementet ber i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 21. november 2022 om at dette belyses i tilleggsoppdraget.

Trinnvis utbygging

I tråd med mandater for prosjektarbeidet med Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF er trinnvis utbygging utredet i flere faser. I konseptrapporten for steg 1 er dette beskrevet som eget tema i kapittel 2.2.1. Arbeidet med deloppdrag 1 i tilleggsoppdraget bygger på dette grunnlaget.

I dette kapitlet beskrives først virksomhetsinnholdet i Mjøssykehuset og fordelingen av fagområder og behandlingstilbud som er lagt til grunn for arealberegninger og økonomiske analyser i alternativet med et Mjøssykehus. Videre beskrives kravene til en mulig trinnvis utbygging av et Mjøssykehus og mulige trinnvise alternativer.

Beskrivelse av alternativet med Mjøssykehuset

Vedtaket i sak 058-2021 «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF» i Helse Sør-Øst RHF fastslår at Mjøssykehuset vil være det faglige knutepunktet i spesialisthelsetjenesten i Innlandet, og ha alle spesialiserte funksjoner for hele opptaksområdet.

Hvilke tilbud dette gjelder, er definert i rapportene «Helse Sør-Øst RHF, Konkretisering av virksomhetsinnhold i Sykehuset Innlandet HF», «Helse Sør-Øst RHF, Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF», «Konseptrapport steg 1 Beslutning B3A Videreutvikling av Sykehuset Innlandet», samt i flere styresaker, sist Helse Sør-Øst RHF sin styresak 102-2022.

I tråd med føringene er følgende virksomhet lagt til Mjøssykehuset:

- Sykehusbasert psykisk helsevern voksne
- Sykehusbasert psykisk helsevern barn og unge
- Sykehusbasert tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Indremedisin, akutt og elektiv inkludert de spesialiserte tilbudene innen indremedisinske fag (nyresykdommer, hjertesykdommer, lungesykdommer, fordøyelsessykdommer, endokrinologi, infeksjonssykdommer og blodsykdommer)
- Onkologi/kreftbehandling
- Spesialisert kirurgi (kreftkirurgi, traumekirurgi, karkirurgi, mamma- og endokrinkirurgi, gynekologi, urologi, plastikkirurgi og øre-nese-hals kirurgi)

- Ortopedi, akutt og elektiv
- Gastrokirurgi, akutt og elektiv
- Fødselshjelp og kvinnesykdommer (kvinneklinikk)
- Nevrologi
- Øyesykdommer
- Barne- og ungdomsmedisin
- Habilitering og rehabilitering

Kliniske støttefunksjoner ved Mjøssykehuset:

- Stråleterapi
- Bildediagnostikk og intervensjonsradiologi
- Patologi
- Mikrobiologi
- Medisinsk biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin

Lokalsykehusfunksjoner

Helse Sør-Øst sin styresak 058-2021 beskriver akuttpsykehuset på Lillehammer som lokalsykehus for om lag 80 000 innbyggere og sykehuset på Tynset som lokalsykehus for 23 500 innbyggere. I arbeidet med konseptfasen besluttet styringsgruppen i sitt møte 6. april 2022 at Elverum skal planlegges med akuttfunksjoner innenfor indremedisin for et opptaksområde på om lag 60 000 innbyggere. Dette medfører at Mjøssykehuset får et lokalsykehusområde på om lag 200 000 innbyggere.

Oppsummering av virksomhetsinnhold i Mjøssykehuset

I tråd med 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
- alle spesialiserte døgnfunksjoner innenfor somatiske fagområder*
- all døgnaktivitet fra Lillehammer sykehus innenfor fagområdene barne- og ungdomsmedisin, kvinnesykdommer og nevrologi
- all døgnaktivitet fra sykehuset på Gjøvik
- all døgnaktivitet fra sykehuset på Hamar
- all døgnaktivitet fra sykehuset på Elverum, unntatt akutt og elektiv indremedisin **

*Unntak: Jfr. føringene fra konkretiseringsarbeidet er det lagt 13 senger innenfor ortogeriatri (lavenergibrudd for pasienter >70 år) til akuttpsykehuset på Lillehammer.

**Jfr. vedtak i styringsgruppa 6.april er akuttfunksjoner innenfor indremedisin lagt til elektivt sykehus i Elverum for opptaksområdet som i dag har sykehuset i Elverum som sitt lokalsykehus.

Vurdering av trinnvis utbygging

Foretaksrådet ber om at trinnvis utbygging vurderes før B3A beslutning, og peker på at en slik tilnærming kan være en måte å unngå omfattende og risikofylte endringer i organisasjonen over kort tid. Det skal belyses styrker og svakheter ved trinnvis utbygging i alternativet med Mjøssykehuset, og hvordan en slik tilnærming eventuelt kan bidra til å redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom.

Konseptrapporten steg 1 angir hvilke prinsipper som må ligge til grunn for en trinnvis utbygging. Den trinnvise utbyggingen må foregå på en slik måte at den understøtter pasientsikkerhet og medisinsk forsvarlighet og må som et minimum:

- Bidra til å lukke og forebygge bygningsmessige myndighetspålegg ved å flytte ut av gamle, dårlige og uhensiktsmessige bygg
- Ivareta faglig kvalitet i alle byggetrinn, samt ivareta faglige avhengigheter mellom ulike deler av sykehusets virksomhet
- Gi den nødvendige kapasitet til å møte befolkningens samlede behov for spesialisthelsetjenester
- Bidra til gode, helhetlige pasientforløp internt i sykehuset
- Bidra til samling av tverrfaglig miljø som behandler én sykdom
- Gjøre det mulig å samle dupliserte funksjoner
- Skjerme pågående klinisk virksomhet i byggeperioden

I tråd med styringsgruppens sak 085-2022 fra 28.11.2022 skal aktuelle alternativer vurderes utfra:

- I hvilken grad de bidrar til å redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom
- I hvilken grad de oppfyller de prosjektutløsende behov
- I hvilken grad de påvirker økonomiske konsekvenser inkludert prosjektets kostnads- og gevinstoptimalisering
- Konsekvenser av opprettholdelse av drift på flere lokasjoner

Forutsetninger for trinnvis utbygging

Forutsetninger for trinnvis utbygging ble behandlet i styringsgruppen 19.12.2022:

- Utgangspunktet er hovedprogram fra steg 1
- Trinnvis utbygging skal inkludere komplette bygg
- En trinnvis utbygging skal ikke medføre at man skal komplettere funksjoner inne i foregående trinn
- Skal legge til rette for et best mulig funksjonelt sykehus hvor man samler funksjoner
- For økonomiske beregninger er det antatt at byggetrinn 2 starter minimum 1 år før idriftsettelse av byggetrinn 1 og blir satt i drift ca. 3 år etter trinn 1.

Utgangspunktet for vurdering av løsninger i en trinnvis utbygging skal være hovedprogrammet i steg 1, samt at det skal legges til rette for mest mulig komplette bygg hvor en ikke skal komplettere funksjoner inne i forutgående trinn.

Basert på disse forutsetningene er det vurdert mulige alternativer for en trinnvis utbygging. I en foreløpig vurdering av ulike bygningsmessige konsepter er det pekt på fire virksomhetsområder som kan realiseres som selvstendige byggetrinn i en mulig trinnvis utbygging:

- A. Hele eller deler av psykisk helsevern
- B. Fysikalsk medisin og rehabilitering
- C. Akutt og elektiv ortopedi for lokalsykehusområdet Elverum
- D. Stråleenheten

Om hver av de fire virksomhetsområdene vurdert for trinnvis utbygging

Vedr A: Hele eller deler av tilbudet innenfor psykisk helsevern i byggetrinn 2

Mjøssykehuset medfører en samlokalisering av psykisk helsevern og somatikk. En slik samling legger til rette for sammenhengende tjenester for pasienter med sammensatte behov. Det henvises i den forbindelse til Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019 hvor det står «Regjeringen legger derfor til grunn at framtidens sykehus i størst mulig grad bør samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, slik at pasientene kan få et helhetlig tilbud på samme sted.».

Tjenestetilbudene innenfor psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk er i dag adskilt både faglig og fysisk. Det er et omfattende tilbud ved de

distriktpsikiatriske sentrene, dette skal videreutvikles. Innenfor sykehuspsikiatri er det tilbud ved SI Sanderud og SI Reinsvoll, med akuttavdelinger begge steder, ved DPS Gjøvik (spiseforstyrrelser) og enheter innenfor BUP døgn.

Utfra de bygningsmessige konseptene er det mulig å utsette bygging av arealer for psykisk helsevern til byggetrinn 2. Faglig sett er det svært viktig å sikre tilstrekkelig integrasjon mellom enheter innenfor psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk. Dette er særskilt vurdert i Helse Sør-Øst sin styresak 005-2019:

«Sykehuset Innlandet HF har i sin styresak 079-2017 omtalt muligheter for en trinnvis utbygging. Helseforetaket tar blant annet fram at det er en fordel å samle spesialiserte funksjoner innen somatikk og deler av sykehuspsikiatrien ved ett stort akuttpsykehus i første trinn. Det siktes her til alderspsikiatri, TSB, behandlingstilbud ved spiseforstyrrelser med mer. Videre vil det i andre trinn være naturlig å samle resterende sykehuspsikiatri.

Arbeidsgruppen som har vært nedsatt med representanter fra Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF har sett på mulig trinnvis utvikling av Mjøssykehuset:

Trinn 1: To av dagens somatiske akuttpsykehus samles i nytt Mjøssykehus sammen med spesialiserte funksjoner fra de andre somatiske sykehusene. Trinn 1 må også inkludere enheter innenfor psykisk helsevern og TSB med størst somatisk tilknytning.

Trinn 2: Resterende sykehuspsikiatri og TSB samles i Mjøssykehuset. Alternativt kan trinn 2 inngå i trinn 1.

Det er medisinske og helsefaglige argumenter for en anbefaling om at prioriterte funksjoner innen psikiatri og TSB samlokaliseres med somatikk i første byggetrinn. Hovedbegrunnelsen er å få innarbeidet en god integrering helt fra oppstart av Mjøssykehuset.»

Helse Sør-Øst RHF sin styresak 005-2019 anbefaler at en prioriterer de funksjonene som har størst tilknytning til somatikk i byggetrinn 1, for å sikre behandling av samtidig somatisk sykdom og psikiatrisk sykdom. I tillegg til å sikre en tverrfaglig tilnærming i pasientbehandlingen, vil en samling av funksjoner også redusere belastningen for pasienter som i dag må transporteres mellom de psikiatriske sykehusene og de somatiske sykehusene for undersøkelse og behandling.

Vedr. B: Fysikalsk medisin og rehabilitering i byggetrinn 2

Fagområdene habilitering og fysikalsk medisin og rehabilitering er lokalisert på fem ulike steder i foretaket. Tilbud til habilitering for barn, ungdom og voksne på Sanderud og Lillehammer, fysikalsk medisin og rehabilitering på Ottestad, Solås og Granheim (lungerehabilitering).

Fagmiljøene har gjennom innspill våren 2022 pekt på behovet for å samlokalisere fysikalsk medisin og rehabilitering med de øvrige somatiske funksjonene dersom man i større grad enn i dag skal kunne ivareta Helse Sør-Øst sine føringer for rehabiliteringsfeltet. Føringene omfatter blant annet styrking av tidlig rehabilitering og at spesialisert rehabilitering integreres i helhetlige pasientforløp. I tillegg vil en samling av fagområdene bidra til å styrke fagmiljøer som allerede i dag har utfordringer med rekruttering og opprettholdelse av kompetanse.

Det er i Hovedprogrammet utarbeidet i steg 1 pekt på at fysikalsk medisin og rehabilitering har nært samarbeid med ortopedi, geriatri og nevrologi, og at disse enhetene bør ligge i nærheten av hverandre. En utsettelse av denne samlingen er mulig, men ikke ønskelig. Hvis en skal utsette innflytting av fysikalsk medisin og rehabilitering, må en påregne kostnader til helt nødvendig oppgradering av eksisterende arealer.

Vedr. C: Akutt og elektiv ortopedi for lokalsykehusområdet Elverum i byggetrinn 2

Det elektive sykehuset i Elverum er i tråd med vedtak i styringsgruppen sak 040-2022, utvidet 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 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 det elektive sykehuset være et akutt sykehus slik det er definert i Nasjonal helse- og sykehusplan. 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 sengepost for akutt indremedisin og en overvåkingsenhet for indremedisinske pasienter. 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. Det er i tråd med føringene fra konkretiseringsarbeidet lagt opp til et bredt poliklinisk og dagkirurgisk tilbud i Elverum.

Styringsgruppen for konseptfasen for «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet» behandlet virksomhetsinnhold i alternativet med Mjøssykehuset i sitt møte 9. mars 2022. 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 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.»

Faglig sett er det ønskelig å samle akuttfunksjonene i Mjøssykehuset. I en vurdering av mulig trinnvis utbygging er det utfra vurderingene gitt i sak 028-2022, viktigst å samle spesialiserte funksjoner i steg 1.

Som beskrevet i sak 028-2022 har Sykehuset Innlandet pekt på utfordringene knyttet til akutt indremedisin ved det elektive sykehuset. I tillegg har divisjon Elverum-Hamar pekt på at tilbudet til befolkningen i tidligere Hedmark blir fragmentert, med oppmøter på sykehuset i Elverum for noen tilbud, i Moelv for andre, og på Lillehammer for eldre med brudd. Hvis en legger opp til at Elverum i tillegg til akutt indremedisin beholder akutt- og elektiv ortopedi for lokalsykehusområdet Elverum i byggetrinn 1, vil denne virksomheten opprettholdes som i dag

til trinn 2. En bør da utsette opprettelsen av en ortogeriatrik enhet ved akuttsykehuset på Lillehammer til trinn 2, slik at eldre over 70 år i denne perioden vil få sitt tilbud lokalt.

Bygningsmessig bør arealene for fagområdet ortopedi fra lokalsykehusområdet Elverum uansett bygges i trinn 1. Disse sengene kan eventuelt benyttes som hotellsenger i byggetrinn 1, og bygging av pasienthotell kan skje i byggetrinn 2.

Vedr. D: Etablering av stråleenhet i Mjøssykehuset i byggetrinn 2

Behandling av kreft er etter diagnostisering ofte en kombinasjon av kirurgi, medikamentell behandling og strålebehandling. Store deler av kirurgi, stråle- og legemiddelbehandlingen krever spisskompetanse og tverrfaglig samarbeid, beslutninger må tas i team bestående av ulike spesialister og yrkesgrupper, og mulige komplikasjoner må kunne håndteres der pasienten er. I dag er dette tilbudet fragmentert, og kreftbehandling foregår ved alle de somatiske sykehusene.

Stråleterapi er i hovedsak et poliklinisk tilbud, men en andel av pasientene trenger et høyere omsorgsnivå og vil være innlagte pasienter ved Mjøssykehuset. Dersom stråleterapi ikke skal inngå i Mjøssykehuset i byggetrinn 1, vil innlagte pasienter måtte transporteres mellom Moelv og Gjøvik for behandling, med den belastningen det gir svært syke pasienter. I tillegg til den direkte belastningen dette påfører pasienter og pårørende, gir løsningen fragmenterte forløp med risiko for mangelfull informasjon når pasienter sendes mellom ulike lokalisasjoner.

I Sykehuset Innlandet sin fagkonferanse 15. oktober 2019 ble det diskutert om stråleenheten på Gjøvik kunne beholdes i alternativet med Mjøssykehuset. Følgende innspill ble gitt:

- Mjøssykehuset blir hovedsenter for kreftkirurgi, medisinsk onkologi og hematologi. Stråleenheten bør derfor planlegges inn i Mjøssykehuset.
- Utstyret skal skiftes omkring tid for ferdigstilling av Mjøssykehuset
- Mange pasienter er polikliniske, men stadig flere er dårlige og sengeliggende. Det forventes at denne gruppen øker. Pasientene vil da være innlagt på Mjøssykehuset og bør ikke transporteres.
- Hvis stråleenheten blir værende på Gjøvik må anestesilege og akutt team være tilgjengelig ved sykehuset, fagmiljøet ved enheten må en være en del av det tverrfaglige miljøet på Mjøssykehuset.

Aktiviteten er framskrevet av Sykehusbygg HF til 14 597 behandlinger, 8 000 polikliniske konsultasjoner og 10 sengeplasser (hotellsenger og senger i kreftenheten). Stråleterapi skal være en integrert del av Mjøssykehuset og enheten skal ved ferdigstilling bestå av stråleenhet med fire Lineærakseleratorer (Linac).

Enheten på Gjøvik har i dag to Linac, det er tilrettelagt for tre Linac i dagens areal. Må foretaket beholde stråleenheten på Gjøvik i byggetrinn 1, vil investeringen som gjelder strålebunkere kunne utsettes til byggetrinn 2. Det er en risiko for at maskinene må erstattes før realiseringen av et trinn 2 og at den tredje maskinen også må anskaffes. Disse må da installeres på Gjøvik og deretter flyttes til Mjøssykehuset i trinn 2. Etableringskostnader på Gjøvik og flyttekostnader vil påløpe. En slik løsning vil bety at en ikke har kapasitet tilsvarende beregnet behov for fire Linac, før trinn 2 er etablert.

Beholdes stråleenheten på Gjøvik i trinn 1, må det beregnes pasienttransportkostnader for pasienter som er innlagt Mjøssykehuset. I tillegg kommer ekstrakostnader til akutt-team i åpningstiden for stråleenheten og hotellsenger for den andelen av pasientene som kan benytte ordinært hotell på Gjøvik. Foreløpig estimat for ekstra driftskostnader anslås til minst 10 – 15 millioner kroner per år. Det er i estimatet tatt høyde for kostnader til overnattingstilbud for

polikliniske pasienter med lang reisevei. Hvordan overnattingstilbudet organiseres vil ha betydning for estimatet.

Sykehuset Innlandet har prioritert samling av spesialiserte funksjoner og har vektlagt viktigheten av sammenhengende pasientforløp for kreftpasientene. Stråleenheten med tilhørende senger og poliklinisk areal er derfor prioritert inn i Mjøssykehuset i byggetrinn 1. Hensynet til et lite og sårbart fagmiljø forsterker begrunnelsen for at stråleenheten ikke tas med i alternativene for trinnvis utbygging.

Alternativer for trinnvis utbygging av Mjøssykehuset

Alternativene for trinnvis utbygging som presenteres nedenfor er basert på forutsetningene fra styringsgruppemøtet 19. desember 2022 (vist over). Disse alternativene bes vurdert knyttet til hvordan de kan bidra til å øke eller redusere risikoen for omstillings- og utviklingsprosessene som organisasjonen må gjennom.

Medvirkningsorganene inviteres også til å fremme andre løsninger innenfor disse rammene som kan ha en vesentlig risikoreducerende effekt for omstillings- og utviklingsprosessene.

Alternativ 1

Mjøssykehuset i trinn 1

- Alle spesialiserte funksjoner innenfor somatikk inkludert habilitering og fysikalsk medisin og rehabilitering
- Lokalsykehusfunksjoner fra Gjøvik, Hamar og Elverum som skal til Mjøssykehuset
- Enhet for spiseforstyrrelser fra DPS Gjøvik hvis det vurderes hensiktsmessig.

Mjøssykehuset i trinn 2

- Resterende funksjoner innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra Reinsvoll og Sanderud, samt enheter innenfor BUP.

Alternativ 2

Mjøssykehuset i trinn 1

- Alle spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, ekskl. fysikalsk medisin og rehabilitering. Lokalsykehusfunksjoner fra Gjøvik, Hamar og Elverum, ekskl. akutt og elektiv ortopedi for Elverums lokalsykehusområde.
- Funksjonene fra psykisk helsevern på Sanderud, BUP og spiseforstyrrelser fra DPS Gjøvik.

Mjøssykehuset i trinn 2

- Resterende somatikk, dvs. akutt og elektiv ortopedi fra Elverum og fysikalsk medisin og rehabilitering
- Funksjoner innenfor psykisk helsevern på Reinsvoll

Alternativ 3

Mjøssykehuset i trinn 1

- Alle spesialiserte funksjoner innenfor somatikk inkludert habilitering og fysikalsk medisin og rehabilitering
- Lokalsykehusfunksjoner fra Gjøvik, Hamar og Elverum som skal til Mjøssykehuset
- Funksjoner innenfor psykisk helsevern med størst tilknytning til somatikk, dvs. BUP, spiseforstyrrelser, TSB og alderspsykiatri.

Mjøssykehuset i trinn 2

- Resterende funksjoner innen psykisk helsevern.

Alternativ 4

Mjøssykehuset i trinn 1

- Alle spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, ekskl. fysikalsk medisin og rehabilitering
- Lokalsykehusfunksjoner fra Gjøvik, Hamar og Elverum, ekskl. akutt og elektiv ortopedi for Elverums lokalsykehusområde
- Funksjoner innenfor psykisk helsevern med størst tilknytning til somatikk, dvs. BUP, spiseforstyrrelser, TSB og alderspsykiatri.

Mjøssykehuset i trinn 2

- Resterende somatikk, dvs. akutt og elektiv ortopedi fra Elverum og fysikalsk medisin og rehabilitering.
- Resterende funksjoner innenfor psykisk helsevern.

Tabell 5 som er vedlagt bakerst i dette innspillsnotatet gir oversikt over fordelingen av fagområder og behandlingstilbud som er lagt til grunn for arealberegninger og økonomiske analyser i alternativene.

Risiko i omstillings- og utviklingsprosesser

Ved innflytting i Mjøssykehuset vil mange enheter og mange ansatte påvirkes. Funksjoner fra fire somatiske akuttstusykehus og to sykehus innen psykisk helsevern skal samles fysisk, noe som vil innebære nye kolleger og en organisatorisk endring. I tillegg må medarbeiderne forholde seg til nye teknologiske løsninger som gir nye arbeidsprosesser. I utgangspunktet er det planlagt med en sammenhengende utbygging som innebærer at endringene vil skje over relativt kort tid. Statens personalpolitikk kategoriserer slike omstillinger som de mest krevende.

Tilleggsoppdraget tar utgangspunkt i tanken om at en trinnvis utbygging, som vil påvirke færre enheter og ansatte samtidig, vil kunne redusere risikoen ved omstilling. Det legges til grunn at det kan bli enklere å kanalisere ressurser og oppmerksomhet til de delene av organisasjonen som er under omstilling. En mulig trinnvis utbygging kan være en måte å unngå omfattende og risikofylte endringer i organisasjonen over relativt kort tid.

Omstillings- og utviklingsprosesser

Begrepet omstillings- og utviklingsprosesser dekker i utgangspunktet både samfunnsnivå, organisasjonsnivå og individnivå. I denne delen av arbeidet avgrensner vi vurderingene til organisasjons- og individnivå. Ved å knytte utviklings- og endringsprosessene til ibruktagelse av nytt sykehusbygg, vil det være naturlig å nyttiggjøre seg av læring fra lignende prosesser i andre større offentlige virksomheter både i og utenfor helsesektoren. Hovedkategorisering av omstillings- og utviklingsprosesser settes normalt inn i faser. Sykehuset Innlandet legger til grunn fire faser for å systematisere arbeidet med å svare ut tilleggsoppdraget slik de er beskrevet i tabellen under:

I en sammenhengende utbygging vil omstillings- og utviklingsprosessene skje over relativt kort tid. En trinnvis utbygging deler opp dette og reduserer omfanget av antall ansatte som blir berørt i hvert trinn. Samtidig kan dette skape andre avhengigheter mellom de deler av foretaket som omstilles med de deler av foretaket som ikke omstilles samtidig. Dette medfører at en trinnvis utbygging vil gi to eller flere omstillingsperioder og tilsvarende drift på flere steder samtidig.

| Faser | Forberedelse og standardisering | Trening og opplæring | Innflytting og tilpasning | Ibruktageelse |
|-------------------------------------|---|---|--|--|
| Omstillings- og utviklingsprosesser | Standardisering og felles rutiner/prosedyrer innen pasient- og arbeidsflyt, logistikk og andre områder | Opplæring i nye/felles arbeidsprosesser, simulering for eksempel i team | Ta i bruk nye pasientforløp, nye arbeidsprosesser, samarbeidsarenaer, prosedyrer og rutiner | Tilpasning Forbedring Evaluering |
| | Justere organisering med ny bemanningsplan, innplassering i stillinger, kompetansekartlegging og ivaretagelse av eventuelle overtallige og/eller ansatte med manglende kompetanse | Opplæring i nytt utstyr og IKT-opplæring | Validering utstyr/rom/IKT og oppfylling av lagre | Forankring |
| | Ny organisasjonsstruktur og rammeverk for virksomhetsstyring | Bli kjent i bygget virtuelt og etter hvert fysisk | Flytteplan og -prosess med overføring av ansatte og pasienter | |
| | Endringsledelse, kultur, bygge ny organisasjon, lederopplæring og -utvikling | | Testing/prøvedrift av ny infrastruktur og nytt bygg | |
| | Kontinuerlig innhente data, evaluere og tilpasse ny struktur | | Opplæring i nye rutiner, bygg, IKT og utstyr inkl. simulering av akutte hendelser og beredskap Feilretting, tilpasning og justering som også vil innebære endrede samarbeidsmønstre med eksterne samarbeidspartnere Trinnvis innflytting | |

Tabell 1 Hovedaktiviteter innen omstillings- og utviklingsprosjekter i de enkelte faser

Risiko ved omstillinger

Trinnvis utbygging kan være en måte å unngå omfattende og risikofylte endringer i organisasjonen over kort tid. Det kan bli enklere å kanalisere ressurser og oppmerksomhet til de delene av organisasjonen som er under omstilling. For å besvare tilleggsoppdraget må de mest relevante risikoområdene defineres, analyseres og vurderes. Arbeidstilsynet med flere beskriver kjente risikomomenter ved omstilling. For å vurdere om en trinnvis utbygging kan redusere risiko, vil vi systematisere risiko innen tre områder:

- Pasient og kvalitet
 - o Endringer i flyt og effektivitet kan påvirkes i en utprøvings- og etableringsperiode (nedgang i produktivitet er forventet risiko ved alle omstillinger), pasienter og pårørende må forholde seg til ny struktur osv.
- Ansatte
 - o Motvilje hos ansatte
 - o Uklar rolleforståelse
 - o Manglende kompetanse til nye oppgaver
 - o Dårligere arbeidsmiljø og økt konfliktnivå

- o Økt sykefravær
- o Høyere turnover og mulig forsinkelse på nye rekrutteringer
- o Økt belastning på gjenværende
- o Polarisering
- o Nye kollegaer og ledere
- o Organisasjonstilhørighet som må erstattes
- Organisasjon
 - o Omfang og kompleksitet når det gjelder tid
 - o Virksomhetsstyring
 - o Organisasjonskultur
 - o Redusert produktivitet i omstillingsfasene
 - o Drift på flere steder

Det er en rekke kjente risikoer ved endringsprosesser. En godt planlagt trinnvis innflytting vil være et vesentlig bidrag til å redusere risiko og for å kunne gjennomføre flyttefasen på en så hensiktsmessig måte som mulig. Dette legges til grunn for alle alternativ.

Omfanget av omstilling – berørte ansatte

Ett av elementene for å vurdere omfanget av omstillingen og trinnvis utbygging som et risikoreducerende tiltak, er å se på hvor mange ansatte som blir berørt i de ulike alternativene og trinnene. Omstillings- og utviklingsprosesser vil påvirke de fleste i organisasjonen på ulike måter. Definisjonen “berørte” i omstillingsprosesser brukes i denne sammenhengen om de som skifter arbeidssted som konsekvens av endringen. Dette er en forenklet definisjon, sammenlignet med hvordan omstilling er beskrevet i Sykehuset Innlandets omstillingsreglement, som benyttes for å skissere omfanget av omstilling med det kunnskapsgrunnlaget som foreligger i konseptfase steg 1.

For å få en oversikt over dette er det tatt utgangspunkt i fordeling av fagområder og behandlingstilbud i alternativet med Mjøssykehuset, og hvilke fagområder som flytter inn i henholdsvis trinn 1 og trinn 2 i de ulike alternativene (se tabell 5, side 17). Det er enheter som må flytte geografisk sted ut fra denne framstillingen som er med i vurderingen.

Det tas utgangspunkt i antall faste årsverk i dagens enheter i basert på tall fra januar 2020 (før pandemien). For å ta høyde for usikkerhet i tallene og om enkelte ansatte blir berørt eller ikke, er tallene avrundet til nærmeste 100 ansatte. Beregningen er foreløpig og vil bli oppdatert i videre faser av omstillings- og utviklingsarbeidet.

| Totalt antall berørte årsverk ved Mjøssykehus alternativet | 2 900 | |
|---|--|--|
| | Trinn 1 - andel berørte årsverk | Trinn 2 - andel berørte årsverk |
| Alternativ 1 | 69 % | 31 % |
| Alternativ 2 | 82 % | 18 % |
| Alternativ 3 | 81 % | 19 % |
| Alternativ 4 | 74 % | 26 % |

Tabell 2 Berørte årsverk i fire alternativer for trinnvis utbygging

Økonomi

De driftsøkonomiske analysene bygger videre på tidligere arbeid i konseptfasen steg 1. Effekt av trinnvis utbygging for alternativet med Mjøssykehuset er vurdert med utgangspunkt i føringer gitt for virksomhetsinnhold i trinnene og forutsetningene for de trinnvise alternativene foran i dokumentet.

Det understrekes at analysene er beheftet med en stor grad av usikkerhet på dette stadiet, og estimatene vil bearbejdes videre i nåværende prosess. De økonomiske effektene er beregnet ut fra et overordnet perspektiv og er sensitive for endringer av forutsetningene som er lagt til grunn.

Tabell 3 viser arealestimater for trinn 1 og 2 for alternativ 1 til 4.

| Areal estimat | Alternativ 1 | | Alternativ 2 | | Alternativ 3 | | Alternativ 4 | |
|----------------------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| | Trinn 1 | Trinn 2 | Trinn 1 | Trinn 2 | Trinn 1 | Trinn 2 | Trinn 1 | Trinn 2 |
| Netto | 40 395 | 9 060 | 42 860 | 6 595 | 44 595 | 4 860 | 41 195 | 8 260 |
| Brutto | 96 948 | 21 744 | 102 864 | 15 828 | 107 028 | 11 664 | 98 868 | 19 824 |
| Prosentvis fordeling | 82 % | 18 % | 87 % | 13 % | 90 % | 10 % | 83 % | 17 % |

Tabell 3 Areal estimater (KVM) utarbejdet av Sykehusbygg HF. Netto-/bruttofaktor på 2,4

Investerings estimatet for Mjøssykehuset er tidligere beregnet til 11,3 milliarder kroner i steg 1 (eksklusive tomt og ulempekostnader ved å bygge over to trinn).

Generelle effekter av trinnvis utbygging

Trinnvis utbygging vil medføre fordeling av investeringskostnader mellom ulike byggetrinn. En trinnvis utbygging vil fordele investeringen over en lengre tidsperiode og på den måten redusere likviditetsbehov det enkelte år. Samtidig vil trinnvis utbygging medføre ekstrakostnader som følge av en lengre bygge- og omstillingsperiode. Som følge av dette vil trinnvis utbygging som oftest innebære høyere totale kostnader.

Funksjoner som utsettes til senere trinn må opprettholdes ved eksisterende lokasjoner. Dette innebærer at enkelte driftsøkonomiske gevinster ikke vil kunne realiseres i sin helhet før siste trinn er gjennomført.

Videre vil trinnvis utbygging kunne medføre forskyvning av økonomiske effekter mellom ulike byggetrinn sammenlignet med en sammenhengende utbygging.

Driftsøkonomiske gevinster for alternativene

Tabell 4 viser estimerte årlige driftsøkonomiske gevinster for trinn 1 og 2 for hvert hovedområde for alle alternativ.

Sum nettogevinster for trinn 1 og 2 er lik for alternativ 1 til 4. Sum nettogevinster er også lik opprinnelig samlet utbygging av alternativet med Mjøssykehuset. Dette skyldes at de strukturelle- og bygningsmessige forholdene som ligger til grunn for de driftsøkonomiske estimeringene i all hovedsak vil være like for samlet- og trinnvis utbygging av alternativet med Mjøssykehuset.

| Hovedområde | Samlet utbygging | Alternativ 1 | | Alternativ 2 | | Alternativ 3 | | Alternativ 4 | |
|---|------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | | Trinn 1 | Trinn 2 | Trinn 1 | Trinn 2 | Trinn 1 | Trinn 2 | Trinn 1 | Trinn 2 |
| Klinisk personell somatikk | 215 | 215 | 0 | 165 | 50 | 215 | 0 | 165 | 50 |
| Klinisk personell psyk/TSB | 55 | -5 | 60 | 30 | 25 | 15 | 40 | 15 | 40 |
| Medisinsk service- og støttefunksjoner | 30 | 30 | 0 | 25 | 5 | 30 | 0 | 25 | 5 |
| Prehospitaltjenester og pasientreiser | -35 | -35 | 0 | -35 | 0 | -35 | 0 | -35 | 0 |
| FDV | 15 | -25 | 40 | 0 | 15 | -20 | 35 | -10 | 25 |
| Øvrige service- og støttefunksjoner | 75 | 50 | 25 | 55 | 20 | 50 | 25 | 50 | 25 |
| Andre driftseffekter | 15 | 15 | 0 | 15 | 0 | 15 | 0 | 15 | 0 |
| Sum estimerte nettogevinster | 370 | 245 | 125 | 255 | 115 | 270 | 100 | 225 | 145 |
| Prosentvis fordeling av driftsøkonomiske gevinster i 2040 | | 66 % | 34 % | 69 % | 31 % | 73 % | 27 % | 61 % | 39 % |

Tabell 4 Estimerte årlige driftsøkonomiske gevinster i 2040 (MNOK)

Estimerte driftsøkonomiske gevinster for alternativ 2 og 4 er lik for *klinisk personell somatikk* i hvert trinn. Deler av totalgevinsten utsettes til trinn 2 som følge av at akutt ortopedi ved Elverum og habilitering/rehabilitering overføres til Mjøssykehuset først i trinn 2 i alternativ 2 og 4.

For *klinisk personell psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)* er fordelingen av driftsøkonomiske gevinster høyere i trinn 1 for alternativ 2, mens mer av gevinstene utsettes til trinn 2 for de andre alternativene. Det er vurdert at det vil være større driftsgevinst av å flytte Sanderud i sin helhet enn utvalgte funksjoner over til Mjøssykehuset. Estimerte driftsøkonomiske gevinster for alternativ 2 og 4 er lik for *medisinsk service- og støttefunksjoner*. Disse funksjonene samles i trinn 1 for begge alternativ. Ved utsettelse av flytting av akutt og elektiv ortopedi Elverum vil noe av gevinsten utsettes til trinn 2.

For *prehospitaltjenester og pasientreiser* er det vurdert at driftseffekten i stor grad vil inntreffe allerede fra trinn 1 for alle alternativene.

Driftsøkonomisk effekt for *forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)* er estimert basert på oppdatert fordeling av areal i de ulike alternativene. Enkelte alternativ innebærer en mindre arealreduksjon i trinn 1 sammenliknet med andre alternativ. Dette medfører at FDV-gevinsten i større grad forskyves til trinn 2 for noen alternativ i forhold til andre alternativ. Alternativ 2 er det alternativet med lavest estimert arealbehov i trinn 1.

For *øvrige service- og støttefunksjoner* er estimerte driftsøkonomiske gevinster 5 millioner høyere i trinn 1 for alternativ 2 enn for andre alternativ. Dette skyldes i hovedsak en bedre logistikk for matforsyning for Psykisk helsevern og TSB (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling) og et lavere antall servicetorg enn i de andre alternativene.

Estimerte driftsøkonomiske gevinster for *andre driftseffekter* er lik for alle alternativene.

Økonomisk bæreevne

En trinnvis utbygging av alternativet med Mjøssykehuset vil fordele likviditetsbehov over flere år, men samlet investeringsbehov vil samtidig øke noe. Foreløpige analyser av trinnvis utbygging av alternativer med Mjøssykehuset viser at prosjektet fremdeles har økonomisk bæreevne.

Foreløpige analyser viser at en trinnvis utbygging har nær tilsvarende bæreevne som en samlet utbygging av alternativet med Mjøssykehuset. Det er marginale forskjeller mellom de fire alternativene for trinnvis utbygging i de foreløpige analysene for økonomisk bæreevne. Det understrekes at analysene er utført fra et overordnet perspektiv og er sensitive for endringer i forutsetningene som er lagt til grunn. Analysene vil bearbeides videre i nåværende prosess.

Medvirkning

I tråd med prosjektmandatet for konseptfasen har Sykehuset Innlandet HF ansvar for den interne medvirkningsprosessen. Innspillsrundene i desember 2022 – januar 2023 er en del av Sykehuset Innlandets medvirkningsprosess for tilleggsoppdraget. Dette er en videreføring av medvirkningsplanen i konseptfasen steg 1.

| | Avgrensning av alternativer | Oppdatering av vurderingskriterier | Faglig vurdering av alternativer | Utvikling av hovedprogram | Vurdering av trinnvis utbygging | Bibehold av medarbeidere |
|---|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 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 | | | | | | |

Figur 1 Medvirkningsorganer innenfor aktuelle temaer i konseptfasen.

Vedlegg: Oppgaveskjema

Tabell 5: Fordeling av fagområder og behandlingstilbud

Tabellen viser fordelingen av fagområder og behandlingstilbud som er lagt til grunn for arealberegninger og økonomiske analyser i alternativene 1 til 4. Fagområder som er berørt i ett av alternativene er merket med rød skrift.

| Virksomhetsområde | Mjøssykehuset | SI Lillehammer | SI Elverum | SI Tynset |
|--|--|--|--|--|
| Akutt | Akuttmottak Anestesi Intensiv Postoperativ Observasjonspost | Akuttmottak Anestesi Intensiv Postoperativ | Akuttmottak for indremedisin og evt. ortopedi Anestesi Intensiv Postoperativ | Akuttmottak Anestesi Operasjon Intensiv Postoperativ |
| Barn og ungdom | Poliklinikk Dagbehandling Sengepost Nyfødtintensiv | Poliklinikk | Poliklinikk | |
| Bildedagnostikk | Generell bildediagnostikk Nukleærmedisin PET senter Brystdiagnostisk senter Intervensjonsradiologi | Generell bildediagnostikk | Generell bildediagnostikk | Generell bildediagnostikk |
| Ergoterapi/ Fysioterapi | Ergoterapi Fysioterapi | Fysioterapi | Fysioterapi | Fysioterapi |
| Gynekologi/ fødsels hjelp | Poliklinikk Dagkirurgi Sengepost Kvinneklinnikk Overgrepsmottak | Poliklinikk Dagkirurgi Barselavdeling Fødetilbud | Poliklinikk Dagkirurgi | Poliklinikk Jordmorstyrt fødestue |
| Indremedisin* | Poliklinikk Dagbehandling Sengepost Generell indremedisin (hjerne, lunge, infeksjon, fordøyelsessykdommer og geriatri) Spesialiserte funksjoner (nyre, blodsykdommer, hjerte, lunge, infeksjon, endokrinologi, fordøyelsessykdommer og onkologi) | Poliklinikk Dagbehandling Sengepost Generell indremedisin | Poliklinikk Dagbehandling Sengepost Generell indremedisin | Poliklinikk Dagbehandling Sengepost Generell indremedisin Slagbehandling Revmatologi |
| Ortopedi | Poliklinikk Dagkirurgi Sengepost Operasjon | Poliklinikk Dagkirurgi Sengepost | Poliklinikk Dagkirurgi Sengepost Operasjon | Poliklinikk Sengepost Dagkirurgi |
| Kirurgi | Poliklinikk Dagkirurgi Sengepost Operasjon Generell kirurgi Gastrokirurgi Bryst-/endokrinkirurgi Karkirurgi Urologi Plastikkirurgi Fedmekirurgi | Poliklinikk Dagkirurgi Sengepost Operasjon Generell kirurgi Gastrokirurgi | Poliklinikk Dagkirurgi Operasjon | Poliklinikk Dagkirurgi Sengepost Generell kirurgi Gastrokirurgi Tannbehandling Urologi Plastikkirurgi |
| Kreftbehandling (ikke-kirurgisk) | Poliklinikk Sengepost Stråleenheter Palliasjon | Poliklinikk | Poliklinikk | Poliklinikk Palliasjon |
| Laboratoriemedisin | Blodbank Medisinsk biokjemi Immunologi Mikrobiologi Patologi Rusmiddelscreening | Blodbank Medisinsk biokjemi | Blodbank Medisinsk biokjemi | Blodbank Medisinsk biokjemi |
| Nevrologi | Poliklinikk Dagbehandling Nevrofysiologi Sengepost Slagsenter | Poliklinikk Dagbehandling | Poliklinikk Dagbehandling | |
| Øre-nese-hals | Poliklinikk Dagkirurgi Sengepost Høresentral Søvnapneutredning Tann/kjeve | | | Søvnapneutredning |
| Øye | Poliklinikk Dagkirurgi Døgntilbud | | Poliklinikk Dagkirurgi | |
| Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | Sykehuspsykiatri Poliklinikk Døgntilbud | DPS | DPS | DPS |
| Habilitering | Poliklinikk Ambulant | | | |
| Fysikalsk medisin og rehabilitering | Poliklinikk Ambulant Døgntilbud (rehabilitering) | | | |
| Pasienthotell**/ Sykehotell | Pasienthotell | Pasienthotell | Pasienthotell | Sykehotell |

*) Revmatologi tilbys gjennom avtale med Revmatismesykehuset.

**) Pasienthotell er et hotell i sykehus (godkjent som sykehusareal) hvor pasienten enten kan være innlagt og ligge der pga. lite eller ikke pleiebehov, eller være ren gjest. Sykehotell er hotell i areal som ikke er godkjent som sykehusareal.