

# NOTAT

---

**Til:** Divisjonene

**Fra:** Prosjektdirektør

**Dato:** 11.01.2022

**Sak:** **Videreutvikling av Sykehuset Innlandet – konseptfase:  
Innspillsnotat til divisjoner**

---

Helse Sør-Øst RHF satte høsten 2021 i gang konseptfase i arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet. Sykehuset Innlandet har ansvaret for den interne medvirkningsprosessen og vil legge til rette for involvering av brukere, ledere, fagmiljøer, tillitsvalgte og vernetjenesten.

Gjennom dette notatet inviteres alle divisjoner til å levere skriftlige innspill innenfor tre tema. Notatet inneholder spørsmål knyttet til hvert av de tre områdene:

- Avgrensning av alternativer (konkretisering av hovedalternativet og null-pluss alternativet)
- Oppdatering av vurderingskriterier
- Medvirkningsplan for steg 1

Notatet sammenfatter informasjonen som ble gitt på samlingen for alle ledere i Sykehuset Innlandet 11. januar 2022, samt relevant bakgrunnsinformasjon om konseptfasen. Presentasjonen som ble vist på ledersamlingen er tilgjengelig på minSide.

Materialet ble i desember 2021 presentert for Brukerutvalget, ledergruppa, TV20, HAMU og tverrfaglig ekspertgruppe.

**Frist for innspill: 26. januar 2022 til [Roger.Jenssen@sykehuset-innlandet.no](mailto:Roger.Jenssen@sykehuset-innlandet.no)**

## **Rammer for konseptfasen**

Helse Sør-Øst RHF er prosjekteier i konseptfasen og har etablert en styringsgruppe med representanter fra ledelse, tillitsvalgte og brukere fra det regionale helseforetaket og Sykehuset Innlandet.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en prosjektorganisasjon med ressurser fra Sykehusbygg HF til å lede arbeidet. Arbeidet i konseptfasen gjennomføres i to steg:

- Steg 1: Hovedprogram, alternativutredning og anbefaling av alternativ for utdypning i steg 2
- Steg 2: Valg og utdypning av det valgte alternativet

Det legges opp til at steg 1 gjennomføres fram mot sommeren 2022 med behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF i august. Videre legges det opp til at konseptrapporten skal foreligge høsten 2022 og behandles i styret i Helse Sør-Øst RHF innen utgangen av året. Konseptrapporten danner grunnlag for søknad om lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet til statsbudsjettet for 2024.

Sykehuset Innlandets rolle og ansvar i konseptfasen beskrives i prosjektmandatet. Det omfatter å bidra med fagkompetanse til utvikling av løsninger og å vurdere faglige avhengigheter, alternativer av virksomhetsinnhold, fagfordeling og behandlingsskapasitet, økonomisk bæreevne mm., samt å ivareta involvering av brukere, ansatte og deres organisasjoner.

Mandatet for konseptfasen ble behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF 23. september 2021. Endelig mandat er datert 12. oktober 2021.

### **Bakgrunn for konseptfasen**

Foretaksrådet i Helse Sør-Øst RHF behandlet i sak 13 den 15. juni 2021 «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF». Foretaksrådet gjorde følgende vedtak:

*«Foretaksrådet 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.»*

Helse Sør-Øst RHF har forberedt saken gjennom to faser. I første fase ble virksomhetsinnholdet innenfor målbildet for Sykehuset Innlandet HF konkretisert i rapporten «Helse Sør-Øst RHF, Konkretisering av virksomhetsinnhold i Sykehuset Innlandet HF». I andre fase ble det igangsatt et utredningsarbeid som skulle gi grunnlag for lokalisering av ulike sykehus og vurderinger av økonomisk bærekraft. Rapporten «Helse Sør-Øst RHF, Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF» med anbefaling om struktur ble gjenstand for høring. Rapportene, høringsinnspillene og styrebehandlingen i Sykehuset Innlandet HF dannet grunnlaget for følgende styrevedtak i sak 058-2021 «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF» i Helse Sør-Øst RHF 28. mai 2021:

*«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. Mjøspsykehus 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 psykehus 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 akutfunksjoner 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.»*

## **Avgrensning av alternativer**

### **Konkretisering av hovedalternativet**

Hovedalternativet er detaljert beskrevet i Helse Sør-Øst RHF sin styresak 058-2021 og i rapportene som ligger til grunn for denne styresaken. Mjøssykehuset i Moelv skal være det faglige knutepunktet i strukturen og planlegges med spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Akuttsykehuset lokaliseres i Lillehammer og planlegges med gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi, fødetilbud og akutt indremedisin. Det ble i arbeidet med virksomhetsinnhold lagt til grunn et opptaksområde for akuttsykehuset på om lag 90 000 innbyggere. I Helse Sør-Øst sin styresak er det beskrevet at Valdreskommunene ønsker å ha Mjøssykehuset som sitt lokalsykehus. Hvis dette besluttes, vil akuttsykehuset få et opptaksområde på om lag 80 000 innbyggere. Dette vil ha konsekvenser for pasientvolumet. I dette befolkningsgrunnlaget inngår Nordre Ringsaker.

Et elektivt sykehus på Elverum planlegges med elektive medisinske senger, dagkirurgi, skadepoliklinikk, en samhandlingsarena og ny luftambulansbase. Det skal også utredes om det kan legges senger innen akutt indremedisin for et opptaksområde på om lag 50 000 innbyggere til det elektive sykehuset i Elverum. I det utvidede hovedalternativet med akutt indremedisin, vil den indremedisinske aktiviteten tilhørende 50 000 innbyggere flyttes fra Mjøssykehuset til Elverum. Det er i utredningen av virksomhetsinnhold lagt til grunn at den mest spesialiserte behandlingen innen indremedisin (anslått til ca. 10 prosent) skal tilbys på Mjøssykehuset. Det resterende volumet kan ivaretas i et akuttsykehus som angitt.

Akuttsykehuset på Tynset skal være lokalsykehus for Fjellregionen. Dagens virksomhetsinnhold videreføres og sykehuset styrkes med mer elektiv kirurgi. I arbeidet med virksomhetsinnhold ble det lagt til grunn et opptaksområde for sykehuset på Tynset på om lag 30 000 innbyggere. I dette antallet ligger befolkningen i Dove og Lesja. I Helse Sør-Øst RHF sin styresak er det beskrevet at kommunene i Nord-Gudbrandsdalen ikke ønsker en slik tilknytning. Engerdal kommune ønsker heller ikke å bli inkludert i opptaksområdet til sykehuset på Tynset, mens Stor-Elvdal kommune ønsker å vurdere lokalsykehuset etter at akutfunksjonene er endelig lokalisert. Dette gir et opptaksområde for sykehuset på Tynset på om lag 23 000 innbyggere, noe som vil ha konsekvenser for pasientvolumet.

Videre legges det til grunn lokalmedisinske sentre lokalisert til Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Hadeland, samt distriktpsikiatriske sentre og poliklinikk innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.

Det er forutsatt at det i konseptfasen skal gjøres nye framskrivninger av aktivitet, og dermed gjøres nye vurderinger av behov for sengeplasser og behandlingsareal. Arbeidet med dette pågår og utføres av Sykehusbygg HF.

De nye framskrivningene indikerer behov for flere senger enn det som tidligere er lagt til grunn innenfor både somatikk og psykisk helsevern. Det forventes også endrede faktorer for beregning av arealer i og med at erfaringer fra nyere sykehusbyggprosjekter i regionen tilsier økt behov for fellesarealer og tekniske arealer i forhold til funksjonsarealer (økt brutto/netto-faktor). I tillegg vil aktivitetsfordelingen i hovedalternativet som beskrevet over bli påvirket av at opptaksområdet for akuttsykehuset på Lillehammer og akuttsykehuset på Tynset er noe mindre enn forutsatt i rapporten «Konkretisering av virksomhetsinnhold i Sykehuset Innlandet HF».

Disse faktorene vil samlet utfordre rammen for Mjøssykehuset og dermed gi behov for å vurdere om ytterligere funksjoner kan legges til akuttsykehuset, elektivt sykehus eller til sykehuset på Tynset.

Det er i tidligere arbeider skissert ulike fagområder og funksjoner som kan ligge utenfor Mjøssykehuset. Følgende områder ble diskutert i avdelingssjefsamlingen 21. november 2019:

- Administrative funksjoner og arkiv
- Forskningsenheten
- Laboratoriefunksjoner (utover tilbud som følger av funksjonene i akutt- og elektivt sykehus)
- AMK
- Habilitering og rehabilitering
- Øye (hele eller deler av tilbudet)
- ØNH (hele eller deler av tilbudet)
- Elektiv ortopedi heldøgn til elektivt sykehus

### Spørsmål 1

Hvilke fagområder, deler av fagområder eller administrative funksjoner som kan legges utenfor Mjøssykehuset?

### **Avgrensning av utredningsalternativer i null-pluss alternativet**

Mandatet for konseptfasen gir Sykehuset Innlandet ansvar for å konkretisere aktuelle varianter av null-pluss alternativet. Prosjektmandatet for konseptfasen beskriver null-pluss alternativet slik:

*«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.*

*Et null-pluss alternativ skal utredes i henhold til Veileder for tidligfasen for sykehusbyggprosjekter (2017), med referanse til Finansdepartementets rundskriv R-109/14. Null-pluss alternativet må inneholde nødvendige tiltak slik at forsvarlig drift kan opprettholdes og framtidig kapasitetsbehov ivaretas. Videre må et null-pluss alternativ ha en levetid som er tilsvarende andre alternativer som utredes i konseptfasen. Dette betyr at tilbygg/nybygg for å håndtere framtidig kapasitetsbehov og eventuelt som erstatning for utdatert bygningsmasse må inkluderes i et reelt null-pluss alternativ.»*

Det ble i idéfasen utredet et nullalternativ i henhold til Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. Dette alternativet ble beregnet med samme levetid som hovedalternativet, med tidshorisont til 2040. I tråd med vedtaket i Helse Sør-Øst RHF styresak 058-2021 skal det i konseptfasen i tillegg utredes et null-pluss alternativ som innebærer at det skal utredes et erstatningssykehus for sykehuset i Hamar med en hensiktsmessig funksjonsfordeling med sykehuset på Elverum, samt at sykehuset på Tynset skal styrkes med elektiv gastrokirurgi / generell kirurgi og ortopedi.

På bakgrunn av prosjektmandatet og Helse Sør-Øst RHF sitt styrevedtak 058-2021 har Sykehuset Innlandet ved oppstart av konseptfasen lagt til grunn følgende premisser:

- Tilbudet innen sykehuspsykiatri og desentralisert tilbud i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreføres som i dag
- Tilbudet innen habilitering og rehabilitering videreføres som i dag
- De fagområdene som er samlet til ett sted i foretaket, forblir samlet
  - eksempelvis karkirurgi og nevrologi
- Det angitte volumet innen elektiv gastrokirurgi / generell kirurgi og ortopedi som skal styrke Tynset, overføres fra Elverum og Hamars opptaksområder
- Det angitte volumet som skal overføres til det polikliniske tilbudet i Hadeland, LMS i Valdres og LMS i Nord-Gudbrandsdal overføres fra Gjøvik og Lillehammers opptaksområder
- Elverum og Hamar beholder akuttfunksjon i alle alternativer

For å sikre tilstrekkelig bredde i vurderingene har Sykehuset Innlandet presentert fem alternativer som i stor grad bygger på tidligere utredninger:

	Alternativ 1		Alternativ 2		Alternativ 3		Alternativ 4		Alternativ 5	
	Hamar akutt	Elverum stort akutt	Hamar stort akutt	Elverum akutt	Hamar stort akutt	Elverum akutt	Hamar stort akutt	Elverum akutt	Hamar stort akutt	Elverum akutt
BEHANDLINGSTILBUD										
DPS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Akutt Indremedisin	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Akutt gastrokirurgi	→	x	x		x		x		x	
Akutt ortopedi		x	x	←	x	←	x	←	x	←
Elektiv ortopedi døgn		x	x	←x	x	←	x	←	x	←
Traumer	→	x	x		x		x		x	
Urologi	→	x	x		x		x		x	
Karkirurgi	→	x	x		x		x		x	
ØNH	x	←		x		x		x	x	←
Øye	x	←		x		x		x		x
Mamma endokrin / BDS	x		x		x		→	x	x	
Obstetikk/gynekologi		x		x		x	x	←	x	←
Pediatri		x		x		x	x	←	x	←
Dagkirurgi	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Dagkirurgi gastro	x →	x	x →	x	x →	x	x →	x	x →	x
Elektiv indremedisin	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Skadepoliklinikk	x			x		x		x		x

Figur 1: Mulig aktivitetsfordeling i null-plus alternativet.

Tegnforklaring: x angir framtidig lokalisering av fagområdet i alternativet, x → angir at deler av aktiviteten er flyttet til det andre sykehuset, → angir at fagområdet er flyttet til det andre sykehuset.

**Alternativ 1 – Elverum som stort akuttsykehus med ortopedi, kirurgi, urologi, gynekologi, obstetikk og pediatri. Hamar som akuttsykehus med mamma endokrin/BDS, ØNH og øye.**

Akuttilbudet innen gastrokirurgi, karkirurgi og urologi flyttes til Elverum. Robotkirurgi legges til Elverum, mens hovedandelen dagkirurgi flyttes til Hamar sammen med øye og ØNH. Det etableres i tillegg skadepoliklinikk med ortoped til stede dag og kveld på Hamar.

**Alternativ 2 – Dagens funksjonsfordeling justert med ortopedi på både Hamar og Elverum**

Akutt ortopedi med en hensiktsmessig andel elektiv behandling (i hovedsak dagkirurgi innen ortopedi) flyttes til Hamar, mens Elverum tilføres en hensiktsmessig andel dagkirurgi innen gastrokirurgi. En slik deling av tilbudet innen ortopedi kan i praksis gjøres i alle modeller.

**Alternativ 3 – Hamar som stort akuttsykehus med ortopedi, kirurgi og mamma endokrin / BDS. Elverum som akuttsykehus med gynekologi, obstetikk, pediatri, ØNH og øye.**

Akutt og elektiv døgnbehandling innen ortopedi flyttes til Hamar. Elverum beholder dagkirurgi innen ortopedi og tilføres dagkirurgi innen gastrokirurgi. Det etableres i tillegg skadepoliklinikk med ortoped tilstede dag og kveld.

**Alternativ 4 – Hamar som stort akuttsykehus med ortopedi, kirurgi, gynekologi, obstetikk og pediatri. Elverum som akuttsykehus med mamma endokrin / BDS, ØNH og øye.**

Akutt og elektiv døgnbehandling innen ortopedi, gynekologi, obstetikk og pediatri flyttes til Hamar. Elverum blir et akuttsykehus med mer elektiv profil og har mamma endokrinkirurgi / BDS, dagkirurgi innen ortopedi og en hensiktsmessig andel dagkirurgi innen gastrokirurgi. Det etableres i tillegg skadepoliklinikk med ortoped tilstede dag og kveld.

**Alternativ 5 – Hamar som stort akuttsykehus med ortopedi, kirurgi, gynekologi, obstetikk, pediatri, mamma endokrin / BDS og ØNH. Elverum som akuttsykehus med akutt indremedisin og øye.**

Akutt og elektiv døgnbehandling innen ortopedi, gynekologi, obstetikk og pediatri, mamma endokrin og ØNH flyttes til Hamar. Elverum har akutt indremedisin og øye, og tilføres en hensiktsmessig andel dagkirurgi innen gastrokirurgi. Det etableres i tillegg skadepoliklinikk med ortoped tilstede dag og kveld.

Disse alternativene har vært gjennomgått i ledergruppen, TV20, HAMU og tverrfaglig ekspertgruppe og presentert i Brukerutvalget. Interne organer gir innspill til alternativene i januar 2022.

Noen av innspillene som har kommet så langt:

- *All akuttbehandling bør samles til ett sted (alternativ 1 eller 5)*
- *En bør holde fast ved dagens modell med mindre justeringer (alternativ 2 eller 3)*
- *En bør vurdere andre modeller enn null-pluss hvis hovedalternativet faller*
- *En kan dele volumet både innen elektiv kirurgi og elektiv ortopedi*
- *Pediatri, kirurgi på barn og ØNH bør være samlokalisert*
- *ØNH og øye bør være samlokalisert, men funksjonene kan ligge «hvor som helst»*
- *Urologi og kvinneklinikk bør ligge samme sted, enten dele urologi eller flytte urologi eller KK*
- *Mamma endokrin / BDS bør ikke flyttes*
- *Døgnfunksjonen innen ortopedi kan deles med akutt- og dagkirurgi ett sted og elektiv døgnkirurgi og dagkirurgi et annet sted*

Styringsgruppen for konseptfasen ga i sitt møte 14. desember 2021 følgende innspill til saken:

*«Styringsgruppen ber administrerende direktør i Sykehuset Innlandet HF om å revurdere premisser om at tilbud innen habilitering og rehabilitering nødvendigvis skal videreføres som i dag. Hvis akuttfunksjoner 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.*

*Foreslåtte alternativ 1 ad aktivitetsfordeling i null-pluss alternativet med flytting av akutt-kirurgitilbudet fra Hamar til Elverum utgår da det ikke anses å være i tråd med tidligere vedtak og mandatet.»*

Utdraget er hentet fra foreløpig møtereferat 14. desember 2021 (ikke godkjent). Disse føringene vil bli hensyntatt i det videre arbeidet.

## Spørsmål 2

Hensyntatt føringene fra styringsgruppen, hvilke varianter av null-pluss alternativet mener divisjonens ledergruppe vi bør utrede?

### Vurderingskriterier

Vurderingskriterier for tidligfasearbeidet ble utviklet i 2015 etter skriftlige innspill fra ledergruppen, avdelingssjefssamling, sentrale fagråd, TV20 og Brukerutvalget. Kriteriene ble vedtatt i styresak 057-2015. Vurderingskriteriene er utviklet for å kunne velge virksomhetsstruktur, i konseptfasen vil dette gjelde valget mellom hovedalternativet og null-pluss alternativet.

Styresaken beskriver fire effektmål utledet fra nasjonal kvalitetsstrategi (Veileder IS-1162)

- Trygge og gode tilbud
- God tilgjengelighet
- Organisering som underbygger gode pasientforløp
- God ressursutnyttelse

## Under hver av disse konkretiseres er rekke kriterier som skal oppfylles for å nå målene:

### 1. Trygge og gode tilbud (er sikre og virkningsfulle)

Strukturen skal bidra til å realisere:

- Moderne og brukertilpasset pasientbehandling og opplæring.
- Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot.
- At den akutte pasient møtes av personale med kompetanse på høyeste kompetansenivå hele døgnet
- Områdefunksjoner av høy kvalitet og et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen.
- At ressurser frigjøres til moderne pasientbehandling i tråd med medisinsk- og teknologisk utvikling.
- Sykehustilbud for 80-90 % av befolkningen innenfor eget opptaksområde.
- God rekrutteringssevne.
- Robuste fagmiljø, herunder fagmiljø og vaktordninger som ikke er avhengige av kontinuerlig innleie.
- Mulighet til å ivareta lovpålagte oppgaver innen utdanning og forskning, inkludert samarbeid med universitet og høyskoler.
- At Sykehuset Innlandet i størst mulig grad kan tilby utdanningsløpene i egen regi.
- At forskning og utdanning blir en del av den kliniske hverdag.

### 3. Organisering som underbygger gode pasientforløp

Strukturen skal bidra til å realisere:

- En sterk vektlegging av desentraliserte tjenester nær der pasienten bor, og gi muligheter for å videreutvikle denne i tråd med faglig og teknologisk utvikling.
- At pasienten kan ferdigbehandles på det stedet han/hun tas imot og at flytting av pasienter mellom enheter unngås.
- Nødvendig samhandling mellom fagområdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), habilitering, rehabilitering og somatikk.
- Godt samarbeid med primær- / kommunehelsetjenesten
- Tydlig organisering for henviser og pasient.

### 2. God tilgjengelighet og samhandling

Strukturen skal bidra til å realisere:

- Gode sammenhengende behandlingsskjeder for akutt og planlagt behandling.
- Forsvarlig reiseavstand ved akutt sykdom, definert etter medisinske kriterier.
- Prehospitale tjenester av høy faglig kvalitet og med riktig tilgjengelighet.
- God tilgjengelighet for alle brukergrupper.
- God logistikk internt i bygningsmassen.
- En ytre logistikk tilrettelagt for alle transportbehov, inkludert kollektivtransport.
- Oppdaterte digitale løsninger, herunder pasientnær mobil teknologi for at sikre fleksibilitet og hurtig utredning.
- Tilgang til moderne og fremtidsrettet medisinsk-teknisk og annet teknisk utstyr.
- Moderne og hensiktsmessige behandlingsfasiliteter (bygg) og en tilstrekkelig fleksibel bygningsmasse, herunder enerom for pasientene.
- Hensiktsmessig beliggenhet, egenskaper og utvidelsesmuligheter ved eksisterende og eventuelle nye tomter.
- Tilpasningsdyktig bygningsmasse ved katastrofesituasjoner
- Mulighet for sykehusdrift i en byggeperiode

### 4. God ressursutnyttelse

Strukturen skal bidra til å realisere:

- Optimal bruk av ressurser ved at personell kan brukes til aktiv pasientbehandling fremfor passiv vaktberedskap.
- Tilgjengelige personellressurser for desentraliserte tjenester.
- Mulighet for kostnadseffektiv organisering og rasjonell bruk av bygg, driftsmidler og lønnsmidler.
- Mulighet for høy utnyttelsesgrad av medisinsk-teknisk utstyr
- Mulighet for anskaffelse av oppdatert medisinsk-teknisk utstyr og annen aktuell teknologi.
- Mulighet til å utnytte potensialet i fremtidige digitale løsninger, deriblant telemedisin.
- Gode løsninger med tanke på ytre miljø og energisparende tiltak.
- Ressurser til nødvendige investeringer, bygningsmessig utvikling og vedlikehold.

Figur 2: Vurderingskriterier iht. styresak 057-2015

Oppdatering av vurderingskriterier har i desember vært tema i Brukerutvalget, ledergruppen, TV20, HAMU og tverrfaglig ekspertgruppe. I tabellen under er noen av innspillene som har kommet så langt angitt med rødt, mens kriterier som er foreslått tatt ut er vist overstrøket. I tråd med plan for medvirkning vil det i løpet av januar komme innspill fra en rekke medvirkningsorganer.

<b>Effekt mål:</b>
<b>Trygge og gode tilbud</b>
Strukturen skal bidra til å realisere:
a) Moderne og brukertilpasset pasientbehandling og opplæring <b>hvor pasientene er aktive deltagere i helsehjelpen de mottar</b>
b) Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot <b>(uendret)</b>
c) At den akutte pasient møtes av personale med <b>rett</b> kompetanse <b>på høyeste kompetansenivå</b> hele døgnet <b>for rask avklaring av videre behandling</b>
d) <del>Områdefunksjoner</del> <b>Spesialiserte funksjoner</b> av høy kvalitet og et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen og liten variasjon i kvalitet
<del>e) At ressurser frigjøres til moderne pasientbehandling i tråd med medisinsk- og teknologisk utvikling.</del>
<del>f) Sykehustilbud for 80-90 % av befolkningen innenfor eget opptaksområde.</del>
<b>Robuste fagmiljøer (løftes fra kriterium til å være et effekt mål)</b>
Strukturen skal bidra til å realisere:
a) God rekrutteringssevne <b>og evne til å beholde medarbeidere med gode arbeidsforhold og arbeidstidsordninger</b>
b) <del>Robuste fagmiljø, herunder</del> Robuste fagmiljø og vaktordninger som ikke er avhengige av kontinuerlig innleie
c) <del>Mulighet til å ivareta</del> <b>L</b> ovpålagte oppgaver innen utdanning og forskning, inkludert samarbeid med universitet og høyskoler
d) At Sykehuset Innlandet i størst mulig grad kan tilby utdanningsløpene i egen regi
e) At forskning, <b>utvikling</b> , utdanning <b>og innovasjon</b> blir en del av den kliniske hverdag
<b>God tilgjengelighet</b>
Strukturen skal bidra til å realisere:
a) Gode sammenhengende behandlingsskjeder for akutt og planlagt behandling.
b) <del>Forsvarlig reiseavstand ved akutt sykdom, definert etter medisinske kriterier.</del> <b>Lik mulighet for riktig behandling i hele Innlandet og likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted</b>
c) Prehospitale tjenester av høy faglig kvalitet og med riktig tilgjengelighet
d) <b>Bygningsmasse med</b> god tilgjengelighet for alle brukergrupper
<del>e) God logistikk internt i bygningsmassen.</del>
f) En ytre logistikk tilrettelagt for alle transportbehov, inkludert kollektivtransport
<del>g) Oppdaterte digitale løsninger, herunder pasientnær mobil teknologi for at sikre fleksibilitet og hurtig utredning.</del>
<del>h) Tilgang til moderne og fremtidsrettet medisinsk-teknisk og annet teknisk utstyr.</del>



i)	<b>Fleksible bygg som er tilpasset moderne medisin</b> Moderne og hensiktsmessige behandlingsfasiliteter (bygg) og en tilstrekkelig fleksibel bygningsmasse, herunder enerom for pasientene
j)	<del>Hensiktsmessig beliggenhet, egenskaper og utvidelsesmuligheter ved eksisterende og eventuelle nye tomter</del> <b>Tilgang på grøntareal og skjermingsmuligheter for sårbare grupper</b>
k)	<b>Tilpasningsdyktig bygningsmasse ved katastrofesituasjoner og pandemi</b>
l)	<del>Mulighet for sykehusdrift i en byggeperiode.</del>
<b>Organisering som underbygger gode pasientforløp</b>	
Strukturen skal bidra til å realisere:	
a)	En sterk vektlegging av desentraliserte tjenester nær der pasienten bor, og gi muligheter for å videreutvikle denne i tråd med faglig og teknologisk utvikling.
b)	At pasienten kan ferdig utredes og behandles på det stedet han/hun tas imot og at flytting av pasienter mellom enheter unngås.
c)	Nødvendig <b>Samhandling mellom fagområdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), habilitering, rehabilitering og somatikk for at pasientene skal oppleve at tjenestene opptrer i team rundt dem</b>
d)	Sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner <b>for de som trenger det mest</b>
e)	<del>Tydelig organisering for henviser og pasient.</del>
<b>God ressursutnyttelse</b>	
Strukturen skal bidra til å realisere:	
a)	<b>Optimal bruk av ressurser ved at personell i størst mulig grad kan brukes til aktiv pasientbehandling fremfor passiv vaktberedskap</b>
b)	<b>Tilgjengelige personellressurser for desentraliserte tjenester</b>
c)	Mulighet for kostnadseffektiv organisering og rasjonell bruk av bygg, driftsmidler og lønnsmidler.
d)	Mulighet for høy utnyttelsesgrad av medisinsk-teknisk utstyr
e)	<del>Mulighet for anskaffelse av oppdatert medisinsk-teknisk utstyr og annen aktuell teknologi.</del>
f)	<del>Mulighet til å utnytte potensialet i fremtidige digitale løsninger, deriblant telemedisin.</del>
g)	<del>Gode løsninger med tanke på ytre miljø og energisparende tiltak</del>
h)	Ressurser til nødvendige investeringer, bygningsmessig utvikling og vedlikehold.
i)	<b>Løsninger for nullutslippstransport av medarbeidere, hvilerom og andre aktuelle tiltak</b>

Figur 3: Foreløpige innspill til oppdatering av vurderingskriterier

### Spørsmål 3

Divisjonene bes om å vurdere om det er behov for endringer i vurderingskriteriene. Hvilke vurderingskriterier bør tas ut, endres eller tillegges?

### Medvirkning

Sykehuset Innlandet har ansvar for den interne medvirkningsprosessen i konseptfasen. Foretaket er opptatt av å legge til rette for at fagmiljøene kan gi innspill til utformingen av ny sykehusstruktur. Ansattes kompetanse er avgjørende for å kunne planlegge bygg som tilfredsstillende funksjonelle krav til god pasientbehandling. All medvirkning er rådgivende. Sykehuset Innlandet legger opp til medvirkning innenfor fire tema i steg 1 av konseptfasen:

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

For de to første temaene legges det opp til overordnet medvirkning i utvalgte interne organer. For de to siste temaene legges det opp til bredere medvirkning i organisasjonen i løpet av 1. halvår 2022.

	Avgrensning av alternativer	Oppdatering av vurderingskriterier	Faglig vurdering av alternativer	Utvikling av hovedprogram
SI Ledergruppe				
Divisjonenes ledergrupper				
Tverrfaglig ekspertgruppe				
TV20				
Brukerutvalget				
Fagrådsledermøte				
Fagråd i fagkonferanse				
Tillitsvalgte og vernetjeneste på divisjonsnivå				
Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU)				
Temamøter og konferanser med nivå 4-ledere, seksjonsoverleger, brukere og tillitsvalgte				

Figur 4: Illustrasjon av den interne medvirkningsprosessen med forslag til medvirkningsnivå for ulike tema i steg 1 i konseptfasen.

Brukerutvalget, Divisjonenes ledergrupper, TV20, HAMU og tverrfaglig ekspertgruppe (se informasjon på minSide) inviteres også til å gi innspill til medvirkningsplanen.

Foreliggende innspillnotat, datert 11.01.2022, omfatter de to første temaene i medvirkningsprosessen.

#### Spørsmål 4

Er dette en tilstrekkelig og hensiktsmessig grad av medvirkning knyttet til hvert av de fire temaene i steg 1 av konseptfasen?

### Sammenheng med andre prosjekter

Parallelt med konseptfasen, som ledes av Helse Sør-Øst RHF, jobber Sykehuset Innlandet med å utvikle organisasjonen i retning av den nye sykehusstrukturen. Sykehuset Innlandet har etablert et organisasjonsutviklingsprogrammet (OU-programmet) som skal koordinere, styre og følge opp de omstillingene vi har foran oss i forbindelse med utviklingen av ny sykehusstruktur.

Gjennom OU-programmet involveres ansatte, brukere, ledere, tillitsvalgte, vernetjenesten, kommunene i Helsefelleskapet og andre eksterne samarbeidspartnere i ulike omstillings- og utviklingsarbeider. Ansatte er en vesentlig del av OU-programmets delprogrammer og prosjekter. Det innebærer at noen interne organer og fagpersoner vil bli involvert i slike arbeider parallelt med medvirkningsprosessen i konseptfasen. Dette inkluderer deltakere i tverrfaglig ekspertgruppe, som er etablert for å gi råd og anbefalinger til utviklingen av Sykehuset Innlandet.

### Hensiktsmessig bruk av ressurser

Sykehuset Innlandet er opptatt av å legge til rette for en hensiktsmessig bruk av ressurser og kompetanse. Dette gjelder spesielt i en periode med en krevende driftssituasjon i alle divisjoner knyttet til håndteringen av pandemien. Prosjektet vil fortløpende gjøre vurderinger av omfang og nivå av medvirkning i samråd med Sykehusbygg HF. Her vil prosjektet legge vekt på innspill fra Sykehuset Innlandets ledergruppe og andre interne organer.

Medvirkningsarbeidet i konseptfasens steg 2 vil i større grad omfatte involvering av fagmiljøer.

## Oppsummering

Divisjonenes ledergrupper inviteres til å gi skriftlige innspill til spørsmålene innenfor hvert av de tre temaene som presenteres i notatet:

<b>Avgrensning av alternativer</b>	<b>Spørsmål 1</b>  Hvilke fagområder, deler av fagområder eller administrative funksjoner som kan legges utenfor Mjøssykehuset?  <b>Spørsmål 2</b>  Hensyntatt føringene fra styringsgruppen, hvilke varianter av null-pluss alternativet mener divisjonens ledergruppe vi bør utrede?
<b>Oppdatering av vurderingskriterier</b>	<b>Spørsmål 3</b>  Divisjonene bes om å vurdere om det er behov for endringer i vurderingskriteriene. Hvilke vurderingskriterier bør tas ut, endres eller tillegges?
<b>Medvirkningsplan for steg 1</b>	<b>Spørsmål 4</b>  Er dette en tilstrekkelig og hensiktsmessig grad av medvirkning knyttet til hvert av de fire temaene i steg 1 av konseptfasen?