

NOTAT

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

Fra: **Prosjekt Framtidig sykehusstruktur**

Dato: 03.06.2022

Sak: **Faglig vurdering av alternativer i konseptfasen**

ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent av
1.0	03.06.22	Dokument utsendt for innspill	Prosjektgruppen	
1.1	16.06.22	Rettet skrivefeil og oppdatert kapittel Driftsøkonomiske effekter. Mer detaljerte beskrivelser av effektene.	Prosjektgruppen	

Innledning

Brukerutvalget, divisjoner, hovedarbeidsmiljøutvalget, tillitsvalgte og vernetjeneste på foretaks- og divisjonsnivå inviteres til å gi innspill til den faglige vurderingen av de to alternativene som utredes i konseptfasen. Innspillene er rådgivende i Sykehuset Innlandets prosess med å bidra med faglige vurderinger i konseptfasen, som ledes av Helse Sør-Øst RHF.

Denne delen av den interne medvirkningsprosessen består av to tiltak basert på dette notatet:

- Skriftlig innspillsrunde med frist 10. juni
- Avdelingssjefsamling 10. juni. Inviterte deltakere: alle ledere på nivå 1-3, TV20 og Brukerutvalget

Denne medvirkningsprosessen består av å gjøre en faglig vurdering av de to alternativene innenfor hvert av de faglige effektmålene:

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

Disse effektmålene utgjør en del av vurderingskriteriene for retningsvalget i konseptfasens steg 1.¹ Det legges opp til at evalueringen av alternativene gjøres i styringsgruppen, som ledes av Helse Sør-Øst RHF, 24. juni.

¹ Vurderingskriterier for retningsvalget er beskrevet i styringsgruppens sak 053-2022 [Vurderingskriteriene for valg mellom Mjøssykehuset med tilhørende sykehusstruktur og null-pluss alternativet med erstatningssykehus for Hamar «retningsvalget»](#)

I tråd med styringsgruppens sak 053-2022 legges det opp til en skriftlig innspillrunde i Sykehuset Innlandet HF i begynnelsen av juni. Denne innspillsrunden bygger på det kunnskapsgrunnlaget som er tilgjengelig per 3. juni 2022.

Vedlagt dette notatet er en beskrivelse av arbeidsprosess og oppgaveskjema for denne innspillsrunden. Det bes om at hvert av organene som er invitert til å gi innspill, leverer ett samlet innspill.

Innspill sendes prosjektdirektør Roger Jenssen i Sykehuset Innlandet innen 10. juni 2022: roger.jenssen@sykehuset-innlandet.no

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

Bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF ga i 2013 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, og Helse Sør-Øst RHF godkjente deretter oppstart for Sykehuset Innlandet sin idéfase i styresak 066-2014 «Sykehuset Innlandet HF – Søknad om oppstart idéfase».

Sykehuset Innlandet la fram sin idéfaserapport i styresak 077-2016 «*Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – Fremleggelse av utkast til idéfaserapport*». Det ble gjennomført en høring våren 2017 hvor det ble lagt fram ulike alternativer for ny sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet. En oppsummering av høringen ble lagt frem i styresak 055-2017 «*Videreføring av tidligfasearbeidet – Fremleggelse av høringsuttalelser i idéfasen*». Styret i Sykehuset Innlandet godkjente idéfaserapporten og gav sin tilslutning til det framtidige målbildet i sak 079-2017 «*Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – Godkjenning av idéfaserapport med anbefaling om framtidig målbylde*».

Styret i Helse Sør-Øst RHF fattet i sak 005-2019 «*Målbilde for videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF*» et enstemmig vedtak om framtidig målbylde for Sykehuset Innlandet (Helse Sør-Øst RHF, 2019). Vedtaket ble stadfestet i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF den 8. mars 2019 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019):

«Foretaksmøtet godkjenner at Helse Sør-Øst RHF kan endre framtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet i tråd med sitt framtidige målbylde for Sykehuset Innlandet HF, jf. sak 005-2019 med tilhørende vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF. Dette innebærer en 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 ett akuttisykehus og ett elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Prehospitale tjenester og lokalmedisinske sentra skal videreutvikles.»

Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF behandlet i sak 13 den 15. juni 2021 «*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.»

Helse Sør-Øst RHF forberedte oppstart av konseptfasen gjennom to faser. I første fase ble virksomhetsinnholdet innenfor målbildet for Sykehuset Innlandet konkretisert i rapporten «Helse Sør-Øst RHF, Konkretisering av virksomhetsinnhold i Sykehuset Innlandet HF». I andre fase ble lokalisering og økonomisk bærekraft vurdert. Rapporten «Helse Sør-Øst RHF, Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF» ble gjenstand for høring. Rapportene, høringsinnspillene og styrebehandlingen i Sykehuset Innlandet 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. Prehospitale tjenester 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 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 foretaks møte 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.

Helse Sør-Øst RHF startet høsten 2021 konseptfasen og arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. Sykehuset Innlandet har ansvar for den interne medvirkningsprosessen i konseptfasen. I tråd med helseforetakets medvirkningsplan for konseptfasen, gjennomføres det medvirkningsprosesser innenfor fire temaer:

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

Oppdatering av vurderingskriterier, avgrensning av alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet, samt hovedprogram steg 1, er ferdigstilt. Alle skriftlige innspill er publisert på minSide og på Sykehuset Innlandets nettsider.

Temaet for denne innspillsrunden er faglige vurderinger av alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet.

Medvirkningsprosessen innenfor dette temaet ble innledet med en fagkonferanse 13. mai 2022 med deltakelse fra medlemmer i fagråd og faggrupper. I gruppearbeidet ble styrker og svakheter ved de to alternativene vurdert 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. Materialet er benyttet i utarbeidelsen av dette notatet.

Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov

Det er i forbindelse med 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). 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.

Framskrevet kapasitet

Det benyttes middels utnyttingsgrader for beregning av kapasiteter. Dette er i tråd med styresak 114-2018 Helse Sør-Øst RHF, «*Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst*», som presiserer at det i planleggingen av nye bygg skal benyttes middels utnyttingsgrad.

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 digital hjemmeoppfølging.

For en detaljert beskrivelse av framskrivningene og modellene som er benyttet, henvises det til rapporten «Framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning, Konseptfasen ny struktur Sykehuset Innlandet HF, Sykehusbygg HF»².

Alternativet med Mjøssykehuset

Foretaksrådet godkjente i møte den 8. mars 2019 at Helse Sør-Øst RHF kan endre framtidig sykehusstruktur i Innlandet for å realisere målbildet for Sykehuset Innlandet, styresak 005-2019 «Målbilde for videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF» i Helse Sør-Øst RHF. Målbildet innebærer en samling av spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttpsykehus, Mjøssykehuset, et akuttpsykehus på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av ett akuttpsykehus og ett elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Prehospitale tjenester og lokalmedisinske sentra skal videreutvikles.

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 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.»

I tillegg til disse utfordringene kommer endringen i spesialistutdanningen for leger, spesielt innenfor indremedisinske fag. Denne nye utdanningsordningen innebærer at for å bli spesialist i generell indremedisin må man utdannes i to hovedspesialiteter, såkalt dobbelt utdanningsløp.

² [Framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning, Konseptfasen ny struktur Sykehuset Innlandet HF, Sykehusbygg HF](#)

Erfaringen med ny ordning så langt er at svært få ønsker dobbelt utdanningsløp. Hvis ikke ordningen 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.

Det er ikke vedtatt at det skal være akutt indremedisin ved det elektive sykehuset på Elverum, men dette er i tråd med styringsgruppens vedtak lagt til grunn i utredningen i konseptfasens steg 1.

Tabellen under gir en oversikt over fordelingen av fagområder og behandlingstilbud som i tråd med føringene er lagt til grunn for faglige vurderinger, arealberegninger og økonomiske analyser i steg 1 av konseptfasen.

	Behandlingssted				
	Mjøssykehus	Akutt-sykehus	Elektivt sykehus	Tynset sykehus	LMS
BEHANDLINGSTILBUD					
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 1 Fordeling av aktivitet i alternativet med Mjøssykehuset

- (1) Spesialiserte funksjoner innenfor nyresykdommer, blodsykdommer, lungemedisin, infeksjonsmedisin, endokrinologi, hjertemedisin, fordøyelsesykdommer 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, fordøyelsesykdommer 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
- 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 (nyre-, hjerte-, lunge- 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 (kvinneklinikk)
 - nevrologi
 - øyesykdommer
 - barne- og ungdomsmedisin
- Bildediagnostikk og intervensjonsradiologi
- Stråleterapi
- Patologi, mikrobiologi, medisinsk biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin

Stort akutt sykehus på Lillehammer

I tillegg til Mjøssykehuset er det i tråd med vedtak 058-2021 et lokalsykehus for 80 000 innbyggere i Lillehammer, med akutt indremedisin, gastrokirurgi, ortopedi og fødetilbud. I tillegg er det lagt en funksjon innenfor ortogeriatrici (lavenergi-brudd hos skrøpelige eldre) til Lillehammer. Lokalsykehuset får nær tilknytning til tilbud innenfor psykisk helsevern ved at distriktpspsykiatrisk 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.

Elektivt sykehus i Elverum

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. 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, 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. Dette gjelder ikke spesialisert behandling.

For fagområdene ortopedi, barne- og ungdomsmedisin, nevrologi og øye tilsvarer dette dagens løsning. 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 er gitt innspill på at det bør vurderes å la Hamar og Stanges befolkning i større grad benytte Mjøssykehuset enn Elverum. En løsning kan være å utvide det elektive tilbudet i Elverum med eksempelvis elektiv heldøgns ortopedi, likt null-pluss alternativet. Dette vil frigi areal i Mjøssykehuset som tilsvarer arealbehovet for den polikliniske aktiviteten for Hamar og Stange, som da kan flyttes til Mjøssykehuset.

Akuttsykehus på Tynset

Lokalsykehuset på Tynset har et opptaksområde på om lag 23 000 innbyggere i Fjellregionen. Det legges opp til tett faglig samarbeid mellom sykehuset på Tynset og de øvrige sykehusene i Sykehuset Innlandet. Digitale løsninger kan benyttes i klinisk samarbeid med Mjøssykehuset.

Lokalmedisinske sentre

I dette alternativet er det lagt opp til etablering av et nytt lokalmedisinsk senter på Hadeland, samt videreutvikling av de lokalmedisinske sentrene i Valdres og Nord-Gudbrandsdal. Det arbeides med rom- og funksjonsprogram for et eventuelt 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 antallet dialyseplasser i Mjøssykehuset bli redusert.

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.

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 2 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. I tillegg overføres 103 senger fra det psykiatriske sykehuset på Sanderud og 83 senger fra det psykiatriske sykehuset på Reinsvoll til Mjøssykehuset.

I tillegg overføres senger fra enheter utenfor sykehusene til Mjøssykehuset. Det overføres 8 senger innenfor barne- og ungdomspsykiatri og 44 senger innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering til Mjøssykehuset.

Null-pluss alternativet

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

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.*

Arbeidet med virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet ble presentert som orienteringssak for styringsgruppen 14. desember 2021, og i møter 19. januar, 16. februar, 9. mars og 6. april 2022. Styringsgruppen har gitt innspill til saken, og gav i sak 040-2022 tilslutning til en videre utredning av følgende funksjonsfordeling mellom sykehusene på Elverum og Hamar:

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

Fordelingen av aktivitet er ikke vedtatt, men styringsgruppen ga sin tilslutning til at dette virksomhetsinnholdet legges til grunn i utredningen i konseptfasen steg 1.

	Behandlingssted	
	Hamar stort akutt	Elverum akutt
BEHANDLINGSTILBUD		
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 3 Fordeling av aktivitet mellom sykehusene i Hamar og Elverum

Stort akutt sykehus på Hamar

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

Akutt sykehus i Elverum

I tråd med vedtak i Styringsgruppen 6. april 2022, er tilbudet innenfor akutt og elektiv indremedisin, øye og planlagt døgnbehandling innenfor ortopedi i stor grad opprettholdt på sykehuset på Elverum. Tilstander som krever nyremedisinsk vaktkompetanse legges til erstatningssykehuset på Hamar, mens dialyseenheten på sykehuset på Elverum opprettholdes som et dagbehandlingstilbud. Det legges til rette for tilsynskompetanse innenfor gastrokirurgi ved sykehuset på Elverum.

I dialog med divisjon Elverum-Hamar er det polikliniske og dagkirurgiske volumet i modellen justert, slik at dagens framskrevne aktivitet videreføres. Dette betyr at poliklinikk innenfor indremedisin, ortopedi, nevrologi, øye, barne- og ungdomsmedisin fortsetter som i dag på sykehuset på Elverum for det felles opptaksområdet Elverum-Hamar. I tillegg overføres poliklinisk virksomhet innenfor gastrokirurgi som i dag er ved SI Hamar, til SI Elverum. Dette gir om lag 72 000 polikliniske konsultasjoner i Hamar og 131 500 i Elverum. Det samme gjøres for dagkirurgisk aktivitet innenfor fagområdene øye, kvinnesykdommer, ortopedi og gastrokirurgi, med om lag 6 000 dagkirurgiske opphold på Elverum mot om lag 3 000 på Hamar. Dette gir sykehuset på Elverum et stort elektivt volum som forutsetter at pasienter fra opptaksområdet for Elverum-Hamar benytter tilbud på SI Elverum, og at ansatte innenfor de aktuelle fagområdene jobber ved begge sykehus.

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

«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.»

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

KAPASITET	Nullalternativet		Null-pluss alternativet		Alternativet med Mjøssykehuset	
	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 oppdaget en feil her, blir korrigert i steg 2.

Tabell 4 Sykehusene i Elverum og Hamar i nullalternativet, null-pluss alternativet og i alternativet med Mjøssykehuset.

Øvrig struktur i Null-pluss alternativet

Det foreslås ikke strukturendringer innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i null-pluss alternativet, utover at det anbefales å legge DPS døgnplasser på Hamar til erstatningssykehuset. 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 fagområdet. Styringsgruppen valgte i sitt møte 6. april 2022 at disse endringene skal vurderes separat og ikke som en del av null-pluss alternativet.

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

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

Driftsøkonomiske effekter

Metode og analyseområder

Den metodiske tilnærmingen bygger på tidligfaseveilederen og rammeverk beskrevet i regionale retningslinjer for driftsøkonomiske analyser av investeringsprosjekter fra Helse Sør-Øst RHF (juni 2021). Metodikken er spisset inn mot prosjektmandatet for konseptfasen og B3A-beslutning.

Driftsøkonomiske effekter av et investeringsprosjekt estimeres som differansen i betalbare driftskostnader ved videreføring av dagens struktur/bygg versus det aktuelle alternativet. Det bemerkes at totalaktiviteten vil være lik i alle alternativene. Driftsøkonomiske 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)

Effekter er estimert ved å vurdere konsekvenser av endringer i virksomhetsinnhold og bygg for spesifikke driftsområder. Det er i denne fasen prioritert å kartlegge områder som forventes å påvirkes i vesentlig grad. Kartleggingen er derfor ikke uttømmende for samtlige effekter av endret sykehusstruktur, men vurderes å gi et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for en B3A-beslutning. Se **Feil! Fant ikke referanseskilden.**6 for oppsummering av områdene som er vurdert. Vurderingene er gjort i konseptfasens steg 1 og vil følgelig måtte oppdateres og komplementeres i senere faser.

Det er kun tatt høyde for effekter som er en direkte konsekvens av prosjektet, enten som følge av samlokalisering eller som en effekt av drift i nye/rehabiliterede sykehusbygg. 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 knyttet til årsverk følger av en lavere økning i framtidig bemanningsbehov sammenlignet med baseline, og ikke en reduksjon fra dagens bemanningsnivå.

Driftsgevinstene er beregnet ut fra et overordnet perspektiv og er sensitive for endringer av forutsetningene som er lagt til grunn.

Hovedområde	Fokusområder for kartlegging
Klinisk personell somatikk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legebemanning vaktordninger, inkl. vridning dagtid uten økt bemanning ▪ Sykepleiebemanning akuttmottak, operasjonsteam og intensivsenhet ▪ Samling kvinneklinikk/føde, barn, habilitering og rehabilitering
Klinisk personell psykisk helsevern og rus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bemanning sengeposter, følgepersonell og stab/ledelse ▪ Psykolog-/spesialistbemanning vaktordninger
Medisinske støttetjenester	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bemanning biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin samt medisinskteknisk, inkl. vaktordninger ▪ Utstyrskostnader, inkl. leverandøravtaler ▪ Transportkostnad prøver
Prehospitale tjenester og pasienttransport	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prehospitale tjenester (ambulanserbiler og syketransportbiler) ▪ Pasientreiser (rekvirerte reiser, helsebuss/helsekspress, refusjonsreiser)
Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eiendomsforvaltning, forsikringer ▪ Drift og vedlikehold av bygg og tekniske installasjoner ▪ Renhold
Øvrige service- og støttefunksjoner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stab (HR, økonomi, helsefag og kommunikasjon) ▪ Portører ▪ Kjøkkentjeneste, matforsyning, kantinedrift ▪ Innkjøp, varetransport og -forsyning ▪ Servicetorg, merkantilt personell til skrankefunksjoner, helsesekretærer

Andre driftseffekter	▪ Leiekostnader
----------------------	-----------------

Tabell 6: Områder som er kartlagt i vurderingen av driftsøkonomiske effekter ved endret framtidig sykehusstruktur.

Analysen per alternativ

Netto driftsgevinster for framtidig sykehusstruktur er estimert basert på konkrete føringer gitt for virksomhetsinnholdet i de to alternativene. Tynset sykehus er forutsatt videreført som i dag, og er holdt utenfor analysene. I konseptfasens steg 1 er perspektivet fortsatt overordnet, og dette gjelder også de driftsøkonomiske analysene.

Tabell 7 viser estimerte årlige driftsøkonomiske nettogevinsten i år 2040 for hovedalternativene. Positivt tall indikerer reduksjon av årlige driftskostnader (netto driftsgevinst) og negativt tall indikerer økning av årlige driftskostnader (netto kostnadsøkning). Sum estimerte nettogevinsten for null-pluss alternativet og Mjøssykehusalternativet innebærer en effektivisering på henholdsvis ca. 0,51 prosent og 4,45 prosent av Sykehuset Innlandet HF sine budsjetterte betalbare driftskostnader i 2022 på ca. 8,9 mrd. kroner. Effektiviseringsmuligheter innen klinisk personell somatikk utgjør den største driveren for både totale driftsgevinster og forskjeller mellom alternativene.

Estimerte årlige driftsøkonomiske gevinster i 2040 (MNOK)		
Hovedområde	Null-pluss alternativet	Alt. m. Mjøssykehuset
Klinisk personell somatikk	50	240
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
Sum estimerte nettogevinsten	45	395
<i>Andel av SIHF betalbare driftskostnader B2022</i>	<i>0,51 %</i>	<i>4,45 %</i>

Tabell 7 Estimerte årlige netto driftsgevinster i 2040 per alternativ for framtidig sykehusstruktur. Beløp avrundet til nærmeste x5 eller x0 millioner kroner.

Klinisk personell somatikk

Effektiviseringsmulighetene for klinisk personell i de somatiske tjenestene vil i stor grad være drevet av reduksjon i parallell beredskapskapasitet, spesielt på kveld/natt og helger, og samling av døgnenheter. Dette gjelder i hovedsak for alternativet med Mjøssykehuset. Videre kan nybygg og ombygging av eksisterende bygg tilrettelegge for mer effektive bygningsmessige- og funksjonelle løsninger som gir mer effektiv logistikk og drift.

Det er gjennomført en ny kartlegging av dagens kostnader til vaktlønn leger per vaktlinje og bemanningskostnader for operasjonsteam, akuttmottak, intensivheter, habilitering og rehabilitering, fødeavdelinger og andre aktuelle sengeposter. Disse kostnadene er sammenlignet med estimer for framtidig vaktlønn leger per vaktlinje og bemanningskostnader for nevnte funksjoner gitt føringer for framtidige vaktlinjer og virksomhetsinnhold.

For alternativet med Mjøssykehuset utgjør netto driftsgevinster for somatikk totalt om lag 240 millioner kroner. Tabell 8 oppsummerer fordelingen av beløpet på ulike drivere.

Fordeling av driftsgevinst somatikk - Mjøssykehusalternativet		
Driver	Estimert effekt (MNOK)	%
Vakttid og vridning dagarbeid	95	40 %
<i>hvorav redusert vaktkostnad</i>	65	
<i>hvorav vridning til dagarbeid</i>	30	
Operasjon, intensiv, akuttmottak	40	17 %
<i>hvorav operasjon</i>	15	
<i>hvorav intensiv</i>	15	
<i>hvorav akuttmottak</i>	10	
Samling hab/rehab, kvinne/barn	50	21 %
<i>hvorav hab/rehab</i>	10	
<i>hvorav fødetilbud</i>	10	
<i>hvorav barn</i>	30	
Forbedringer bygg	55	23 %
Sum klinisk personell somatikk	240	100 %

Tabell 8 Fordeling av driftsgevinster for klinisk personell somatikk i alternativet med Mjøssykehuset. Avrundet, millioner kroner.

Reduksjon i vaktlønn for leger, og frigjøring av vakttid til mer dagarbeid, utgjør omtrent 40 prosent av driftsgevinst for klinisk personell somatikk for Mjøssykehuset. Hoveddelen av effekten skyldes reduksjon i parallelle vaktlag ved at SI Gjøvik og SI Hamar, samt noe aktivitet fra SI Lillehammer og SI Elverum, samles på Mjøssykehuset. Det ble i forbindelse med konkretisering av virksomhetsinnhold i 2020 også gjennomført en kartlegging av vaktordninger ved andre helseforetak i regionen som har lignende struktur som i alternativet med Mjøssykehuset/sykehus omtrent på størrelse med Mjøssykehuset. I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF, la arbeidsgruppe fag da til grunn at dagens standard for vaktordninger i regionen skulle legges til grunn for utarbeidelse av vaktordninger for utredningsalternativene (se neste avsnitt for mer om faglig utvikling og seksjonerte vaktordninger). Helseforetakene som ble kartlagt, inkluderte Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Østfold HF. Besparelse for vaktordninger er estimert ved å kartlegge vaktkostnad per fagområde i dagens struktur og se dette opp mot vaktkostnad per fagområde med et Mjøssykehus. Besparelsen utgjør omtrent 65 millioner kroner. Videre vil reduksjon av vakttid frigjøre legebemanninger som kan benyttes til andre formål. Det er fremskrevet betydelig økning innen dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Foruten redusert vaktkostnad, kan man utnytte frigjort vakttid til å øke kapasiteten innen dag og poliklinikk uten å måtte ansette tilsvarende nye årsverk. Effekten er estimert til ca. 30 millioner kroner.

Det har de senere årene vært en faglig utvikling i retning av seksjonerte vaktordninger, og dette forventes å forsterkes i årene framover. Sykehuset Innlandet har allerede i dag seksjonerte vaktordninger innenfor indremedisin for kardiologi og nefrologi, og disse er tenkt videreført i begge alternativene. Det vil i framtiden mest sannsynlig bli aktuelt å innføre seksjonerte vaktordninger innenfor flere fagområder, uavhengig av sykehusstruktur, eksempelvis innenfor gastroenterologi og lungemedisin. Erfaring indikerer at det er enklere å sikre rekruttering og effektiv drift av seksjonerte vaktordninger i store sykehus med et større samlet fagmiljø. Dette tyder på at økt bruk av seksjonerte vaktordninger i framtiden trolig vil være enklere og billigere å få til med et stort Mjøssykehus enn fordelt på dagens sykehus eller med et mindre erstatningssykehus for Hamar. Det foreligger ingen konkrete vedtak om ytterligere seksjonering av vaktordninger i helseforetaket nå. Sykehuset Innlandet HF tar høyde for kvalitetshevingstiltak og faglig utvikling i sin økonomiske langtidsplan (ØLP), uavhengig av alternativ, der blant annet vridning mot seksjonerte vaktordninger vil inngå.

Reduserte bemanningskostnader for operasjonsteam, intensivenheter og akuttmottak utgjør om lag 17 prosent av nettogevinsten. For operasjonsteam er det gjort en kartlegging av vaktkostnader per team i dag, og det er forutsatt en reduksjon fra dagens fire operasjonsteam i vakt til tre operasjonsteam i vakt med ny struktur. Besparelsen utgjør i overkant av 15 millioner

kroner, og forutsetter videreføring av ett operasjonsteam for SI Lillehammer og to team for Mjøssykehuset. For intensivheter er det utarbeidet en overordnet bemanningsplan gitt framtidig struktur, og det er identifisert potensial for reduksjon av ca. 10 årsverk og redusert variabel lønn. Besparelsen utgjør omtrent 15 millioner kroner. For akuttmottak utgjør besparelsen i underkant av 10 millioner kroner. Effekten følger av at akuttmottakene ved SI Gjøvik og SI Hamar samles i Mjøssykehuset. Det er forutsatt at akuttmottaket i Mjøssykehuset kan driftes like effektivt som dagens mest effektive, basert på nøkkeltall per årsverk og nøkkeltall for befolkning i opptaksområdet.

Redusert bemanningsbehov innenfor fødselshjelp og kvinnesykdommer, barne- og ungdomsmedisin samt rehabilitering utgjør om lag 20 prosent av driftsgevinsten. Sykehuset Innlandet HF har i dag høyere kostnader til fødsler enn landssnittet og de fleste foretakene i Helse Sør-Øst. Det er estimert en besparelse i overkant av 10 millioner kroner som følge av reduksjon i antall fødetilbud. Potensialet ved samling er estimert med utgangspunkt i bemanningsplaner for Drammen sykehus og sammenligning mot dagens totalbemanning for fødetilbud i Sykehuset Innlandet HF, korrigert for fremskrevet antall fødsler og en fødeavdeling på SI Lillehammer. For barne- og ungdomsmedisin er besparelsen ved samling estimert til ca. 30 millioner kroner. Effekten skyldes samling av dagens tilbud ved SI Lillehammer og SI Elverum, og at fremskrevet sengebehov tilsvarer dagens enhet ved SI Lillehammer. En samlokalisering vil derfor gi muligheter for vesentlig effektivisering. Rehabiliteringstilbudet er i dag fordelt på tre lokasjoner, mens det med endret struktur vil samles på Mjøssykehuset. Det er estimert en besparelse i underkant av 10 millioner kroner som følge av redusert klinisk bemanning og stab/ledelse.

De ovennevnte effektene er i all hovedsak drevet av strukturelle endringer som følge av samling av funksjoner. Nybygg legger også til rette for bedre pasientlogistikk og -forløp, nærhet mellom funksjoner, bedre utforming av arealer og nye teknologiske løsninger. Det er forutsatt en effekt på 55 millioner kroner som følge av nybygg for aktiviteten som samles på Mjøssykehuset. Potensialet er estimert ved å isolere bemanning og driftskostnader som er tenkt overført til Mjøssykehuset, og legge til grunn en nybyggeffekt på denne delen av driftskostnadene. Antatt effekt er basert på estimer fra andre lignende prosjekter og overordnede rimelighetsvurderinger utover det som allerede er tatt hensyn til i tidligere nevnte drivere.

Samlet sett er de driftsøkonomiske effektene for klinisk personell innen somatiske tjenester vurdert basert på følgende drivere:

- Redusert antall parallelle vaktlinjer for leger
- Frigjort tid fra vakt kan vris til flere leger på dagtid som kan håndtere deler av fremskrevet behov for økt poliklinikk og dagbehandling
- Samling av vaktordninger for henholdsvis operasjonsteam, intensiv og akuttmottak
- Ny utforming og større akuttmottak/observasjonsenhet/radiologitilgang i front medfører raskere avklaring av pasienter
- Samling av sengeposter rehabilitering Ottestad, Granheim og Solås
- Samling av drift av sengeposter og nyfødtintensiv innenfor barn og ungdom
- Reduksjon i antall steder med fødetilbud
- Total liggetid reduseres ved et samlet fagtilbud (unngå reise mellom ulike undersøkelse)
- Gjennomgående mer hensiktsmessig størrelse på sengeposter med 24-26 senger/enhet
- Nye lokaler for dagenheter vil kunne utnytte personalet mer effektivt (mer dagkirurgi i poliklinikkarealer og større arealer til dagkirurgi/dagbehandling)

- Sensorteknologi i nybygg kan redusere behovet for pleiebemannning
- Større enheter er mindre sårbare ved fravær og har mindre behov for innleie og får enklere ferieavvikling

For null-pluss alternativet er det estimert netto driftsgevinster på ca. 50 millioner kroner for klinisk personell somatikk. Endringer i vaktlinjer for leger som følge av at ortopedi fordeles mellom SI Elverum og SI Hamar gir isolert sett en økning i driftskostnader i underkant av 3 millioner kroner. Overføring av akutt kirurgi fra SI Elverum til SI Hamar er estimert til å gi en netto besparelse i overkant av 15 millioner kroner for operasjonsteam. Det er antatt at SI Hamar kan ivareta akutt kirurgi fra SI Elverum uten vesentlig økt bemanning for dagens operasjonsteam, mens SI Elverum kan gå over til hjemmevakt for operasjonsteam. Videre forventes det at et nybygg gir effektiviseringsmuligheter som følge av forbedret pasientlogistikk og mer tilrettelagte arealer. Dagens sykehusbygg i Hamar er trangt og har lavest brutto/nettofaktor i helseforetaket, samtidig som en del aktivitet fra SI Elverum også flyttes inn i det nye erstatningsbygget. Det er foreløpig forutsatt et potensial på ca. 35 millioner kroner. Erstatningsbygget berører omtrent 20 prosent av årsverkene i helseforetaket, og estimert netto driftsgevinst impliserer en samlet produktivitetsvekst innen somatikk på om lag 1,3 prosent. Det er stor usikkerhet knyttet til besparelsen for operasjonsteam og nybyggeffekten for erstatningssykehuset for Hamar, og disse må verifiseres i videre faser av arbeidet.

Det er i denne fasen ikke estimert eventuelle endringer i ambuleringskostnader som følge av styrking av LMS. Det er allerede i dag avtaler med behandlere som bor i nærheten av LMS og dermed ikke utløser ambuleringskostnader. Samtidig vil styrking av LMS kunne medføre mindre reising for pasienter. Helseforetaket vil ved valg av alternativet med Mjøssykehuset legge opp til en hensiktsmessig bemanningsordning for LMS, og det er på nåværende tidspunkt krevende å vurdere nettoeffekten.

Klinisk personell psykisk helsevern / tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

For psykisk helsevern og TSB innebærer alternativet med Mjøssykehuset en samling av sykehusbaserte funksjoner og døgnenhet for spiseforstyrrelser som i dag er tilknyttet DPS Gjøvik, mens null-pluss alternativet innebærer en videreføring av dagens struktur. Estimerte driftsgevinster for klinisk personell utgjør om lag 55 millioner kroner i alternativet med Mjøssykehuset og 5 millioner kroner for null-pluss alternativet.

Divisjon Psykisk helsevern har vurdert bemanningsmessige konsekvenser av samlokalisering av døgndriften og mer hensiktsmessige størrelser på sengepostene i nybygg. Det er lav poliklinisk aktivitet for disse funksjonene, og det er per i dag ikke estimert eventuelle effekter for denne aktiviteten. De driftsøkonomiske effektene er vurdert basert på følgende drivere:

- Samling av mottaksfunksjon på ett sted
- Gjennomgående mer hensiktsmessig størrelse på sengeposter med 10–12 senger/enhet
- Samkjøring av bemanning på natt, mer hensiktsmessig samlokalisering enn det er i dag, nærhet til «nabopost»
- Besparelse av ressurser som i dag brukes for å følge pasienter til somatiske enheter for undersøkelser og behandling
- Atriumløsning / balkonger ved skjermingsrom reduserer behovet for ekstrapersonell som må følge pasientene ut
- Skjermingsrom i flere enheter reduserer behovet for å flytte pasienter gjennom forløpet gitt variabelt behov for skjerming

- Andre sikkerhetsmessige løsninger, blant annet oversiktlige lokaler/ anti ligaturløsninger / trygge pasientrom
- Sensorteknologi i nybygg kan redusere behovet for å ha kontinuerlig «fastvakt»
- Mindre sårbarhet ved sykdom og dermed behov for mindre innleie

Med utgangspunkt i dagens pleie-/bemanningsfaktor er døgnenhetene inndelt i fem grupper:

Gruppe	Enhet	Pleie-/bemanningfaktor ekskl. lege/psykolog, inkl. var.lønn og ledere	Gjennomsnittlig pleiefaktor per døgnplass
Gruppe 1 - Lav	Enhet for affektive lidelser Enhet for utredning, Alders TSB, Korttid TSB, Enhet for familie TSB, Enhet for gravide Avrusning	2,31-3,01	2,60
Gruppe 2 - Medium	Tidlig intervensjon Sanderud Enhet for utredning, TSB Enhet for spiseforstyrrelser	3,16-3,56	3,37
Gruppe 3 - Høy-1	Psykosebehandling og TIPS Subakutt behandling Reinsvoll Spesialisert døgn 1 Sanderud Spesialisert døgn 2 Sanderud Akutt Sanderud Sikkerhetspsykiatri Reinsvoll	3,73-4,83	4,10
Gruppe 4 - Høy-2	Ressursenhet for demens * Øyeblikkelig hjelp 1 Reinsvoll Øyeblikkelig hjelp 2 Reinsvoll Mottak Sanderud	4,99-6,76	5,47
Gruppe 5-1	BUP -akutt		4,10
Gruppe 5-2	BUP		3,37

* Ressursenhet for demens er inkludert ambulante Samaks stillinger, disse videreføres

Tabell 9 Gruppering av dagens døgnenheter innen psykisk helsevern og TSB etter pleiefaktor.

For null-pluss alternativet er dagens ressurser/pleiefaktor framskrevet til 2040-aktivitet med fortsatt drift i eksisterende bygningsmasse. For alternativet med Mjøssykehuset er det gjort overordnede vurderinger av ressursbehov gitt samlokalisering i Mjøssykehuset. Uten konkrete skisser som viser hvordan postene vil bli plassert, er det tatt utgangspunkt i gjennomsnittsbetraktninger og overordnet inndeling i nye døgnposter. Tabell 10 viser framskrevet bemanningsbehov gitt alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet (dagens struktur). Det er størst potensial i gruppe 3 Høy, da denne gruppen har størst variasjon i pleie-/bemanningfaktor som følge av at postene er ulikt utformet i dagens bygg. Basert på framskrivningen er det estimert en lavere økning i framtidig bemanningsbehov på om lag 50 årsverk, og en besparelse på omtrent 45 millioner kroner.

Framskrevet bemanning psyk/TSB - årsverk i 2040					
Gruppe	Senger 2040	Pleiefaktor ny struktur*	Årsverk Mjøssykehuset	Årsverk dagens struktur	Diff. årsverk
Gruppe 1 Lav pleiefaktor	72	2,60	187	187	0
Gruppe 2 Medium pleiefaktor	50	3,37	169	176	-8
Gruppe 3 Høy-1 pleiefaktor	60	4,10	246	280	-34
Gruppe 4 Høy-2 Mottak/Alder, Ressursenhet	20	5,47	109	117	-8
Gruppe 5-1 BUP	7	4,10	29	26	2
Gruppe 5-2 BUP	10	3,37	34	38	-5
Totalt	219	-	774	826	-52

* Inkludert variabel lønn og leder, ekskludert psykolog/lege

Tabell 10 Estimert bemanning (årsverk) i 2040 gitt alternativet med Mjøssykehuset og ved videreføring av dagens drift for psykisk helsevern og TSB (null-pluss alternativet).

I tillegg ser divisjonen et potensiale for å effektivisere stab/ledelse, samt samling av tilbud i forbindelse med recovery-aktivitet og annen aktivitet som i dag finnes på både SI Reinsvoll og SI Sanderud. Disse effektene utgjør en besparelse på ca. 5 millioner kroner. Akutt og psykose har i dag vaktlinjer på både SI Reinsvoll og SI Sanderud. En samordning av vaktlinje antas å gi ytterligere besparelse på om lag 5 millioner kroner. I sum utgjør dette en besparelse på om lag 55 millioner kroner for klinisk personell innenfor psykisk helsevern/TSB i alternativet med Mjøssykehuset.

For null-pluss alternativet vil dagens struktur og funksjonsfordeling videreføres. Det er derimot forutsatt vesentlige investeringer i dagens bygningsmasse. Det er lagt til grunn at investeringene vil gi muligheter for noe mer hensiktsmessige arealer, og dermed noe økt produktivitet sammenlignet med baseline. Da det ikke foreligger noen konkrete skisser for ombygging/rehabilitering av dagens arealer, er det foreløpig tatt utgangspunkt i et overordnet effektiviseringspotensial på om lag 5 millioner kroner. Estimater må verifiseres når det foreligger skisser i steg 2.

Medisinske service- og støttefunksjoner

Innenfor medisinske service- og støttefunksjoner er det estimert driftsøkonomiske effekter for områdene medisinsk biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin samt medisinsktekniske avdelinger. For alternativet med Mjøssykehuset utgjør netto driftsgevinster for medisinske service- og støttefunksjoner totalt om lag 30 millioner kroner, hvorav omtrent 20 millioner kroner er innenfor medisinsk biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin og 10 millioner kroner er innen medisinsk tekniske avdelinger. Halvparten av effekten for medisinsk biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin er knyttet til redusert totalbemanning på dagtid ved samling av dagens miljøer fra SI Gjøvik og SI Hamar, samt reduksjon fra to parallelle til én samlet vaktlinje i Mjøssykehuset. Dersom automasjonslaboratoriet flyttes til Mjøssykehuset, er det estimert gevinst på omtrent 5 millioner kroner knyttet til redusert vaktbehov på natt ved SI Elverum. Gjenværende besparelser på ca. 5 millioner kroner for biokjemi, immunologi og transfusjonsmedisin er effektivisering som følge av metodefellesskap, færre instrumenter/utstyr og redusert transport av prøver ved samling av aktivitet i Mjøssykehuset. Innen medisinsk teknologi vil samling av medisinskteknisk utstyr (MTU) medføre mindre duplisering av utstyr og høyere utnyttelsesgrad av MTU. Dette gir både lavere totale utstyrs kostnader og effektiviseringspotensial for serviceavtaler. Det er per i dag lagt en beskjeden effekt for vaktordninger innenfor de medisinsk-tekniske avdelingene. Dette skyldes at det allerede i dag er felles vakt for henholdsvis Gjøvik–Lillehammer og Elverum–Hamar.

For null-pluss alternativet er det foreløpig lagt til grunn 5 millioner kroner i besparelse. Potensialet forutsetter forbedret logistikk og utstyr som følge av nybygg for Hamar, men estimatet må verifiseres i senere faser.

For bildediagnostikk er det pt. ikke identifisert muligheter for effektivisering innenfor radiografbemanningen. Dette området er foreløpig antatt å tilsvare baseline i begge alternativene.

Prehospitale tjenester og pasientreiser

For prehospitale tjenester vil Mjøssykehuset totalt sett øke behovet for ambulanser, selv om det blir lavere kostnader til blant annet interne ambulansetransporter. Prehospitale tjenester i Sykehuset Innlandet HF har estimert behov for 2 ambulanserbiler og 1 syketransportbil for alternativet med Mjøssykehuset. Dette er estimert til å utgjøre 20 millioner kroner i økte driftskostnader. Det er gjort overordnede analyser av endring i pasientreisekostnader (rekvirerte reiser) med utgangspunkt i dagens reisemønster. Mjøssykehuset antas å medføre netto lengre reiseavstander for pasientene, selv om det også i dagens struktur er omfattende pasienttransport grunnet funksjonsfordelinger mellom sykehusene. En reduksjon i antall akuttstusykehus vil kunne forenkle logistikkplanleggingen for rekvirerte reiser (taxi og helsebuss) og øke samkjøringsgraden, men de foreløpige analysene indikerer likevel netto økte kostnader. Det er estimert en kostnadsøkning på om lag 15 millioner kroner for pasientreiser.

Effekten for reiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør) er også vurdert, men den økonomiske effekten anses som både så marginal og så usikker at det ikke er lagt inn endringer i bruk av ordningen. Nettokostnader for enkeltoppgjør innenfor somatikken utgjør om lag 20–30 millioner kroner per år (grovt anslag). Dagens satser for egenandel og refusjon per km medfører at reiser under 56 km ikke gir økte kostnader for Sykehuset Innlandet HF (gitt en egenandel på 159 kr og dagens standardsats for refusjon pr km på 2,80 kr). Erfaring viser også at det er en relativ lav andel som søker refusjon for reiser uten rekvisisjon.

For null-pluss alternativet vil flytting av funksjoner fra SI Elverum til SI Hamar kunne medføre endring i reisemønster fra dagens situasjon. Det er derimot allerede i dag betydelig reisevirksomhet som følge av funksjonsfordelingen i helseforetaket. Samtidig foreligger det ikke statistikk for pasientreiser med informasjon om diagnosekoder. Overordnede vurderinger indikerer at selv om det blir endring i reisemønsteret, er det ikke gitt at det netto vil være vesentlige endringer i reisekostnader for dette alternativet. Det er følgelig ikke lagt inn noen forskjell fra baseline for null-pluss alternativet.

Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)

FDV refererer til kostnader knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold av bygningsmassen. Disse kostnadene drives i stor grad av areal i bruk, kostnad per kvm og intensitet av bruk. FDV-kostnaden er basert på erfaringstall for Sykehuset Innlandet HF og estimat for FDV-priser for nytt sykehus i Drammen og konseptfasen for Aker. Kvadratmeterprisen er prisjustert til 2022.

Det er benyttet ulik FDV-pris for nybygg og ved rehabilitering av dagens bygg, da nybygg erfaringsmessig har en noe høyere kvadratmeterpris. Høyere pris for nybygg skyldes både at nybygg ofte er mer teknikk-tunge samtidig som de har bedre arealutnyttelse. For alternativet med Mjøssykehuset er nettogevinsten på om lag 15 millioner kroner drevet av reduksjon i totalt arealbehov. Den positive effekten av redusert totalareal er vesentlig større enn den negative effekten av økt kvadratmeterpris for nybygg. For null-pluss alternativet er kostnadsøkningen på 30 millioner kroner drevet av økning i totalareal. Økningen skyldes at erstatningssykehuset for Hamar blir vesentlig større enn dagens

sykehus på Hamar. Samtidig gir rehabilitering/ombygging av øvrige bygg som videreføres, vesentlig dårligere muligheter for rasjonalisering av areal. I de tilfellene der noe areal må videreføres, men ikke skal være i aktiv bruk, er det benyttet en lavere kvadratmeterpris enn for areal som skal brukes. Denne effekten er likevel ikke tilstrekkelig til å kompensere for økt FDV-kostnad for erstatningsbygget for Hamar. Sammenligningsgrunnlaget for alle alternativene er dagens arealer og kvadratmeterpriser.

Øvrige service- og støttefunksjoner

Med øvrige service- og støttefunksjoner menes stab, kjøkken/matforsyning, transport, vareforsyning og portører, servicetorg og merkantilt tilsatte. For alternativet med Mjøssykehuset er det estimert en nettogevinst på 75 millioner kroner, mens det for null-pluss alternativet er estimert en gevinst på 10 millioner kroner.

ENDRINGER I ÅRSVERK I FORHOLD TIL BASELINE		
Område	Mjøssykehuset	Null-pluss
Kjøkken/matforsyning	-30	-5
Servicetorg	-16	0
Transport/portører/forsyning	-10	-3
Innkjøp	-1	0
Merkantil/skranke	-45	-10
Stab	-5	0
Reduserte årsverk	-107	-18

ENDRINGER I MILL KR I FORHOLD TIL BASELINE		
Område	Mjøssykehuset	Null-pluss
Kjøkken/matforsyning	20	3
Servicetorg	11	0
Transport/portører/forsyning	7	2
Innkjøp	1	0
Merkantil/skranke	30	5
Stab	6	0
Reduserte kostnader	75	10

Tabell 11 Oppsummering av endring i årsverk og besparelse i forhold til baseline for hhv. alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet innen øvrige service- og støttefunksjoner.

Den største effekten er knyttet til merkantil personell og skrankefunksjon i poliklinikkene. Samling på ett sted og nybygg gir muligheter for å samle poliklinisk virksomhet og dermed effektivisere skrankefunksjonen. Effekten er estimert til å utgjøre om lag 30 millioner kroner for alternativet med Mjøssykehuset, og om lag 5 millioner kroner for null-pluss alternativet. Det er allerede i dag sentralisert produksjon av mat, men antall postkjøkken samt kostnader til matforsyning vil kunne reduseres med færre lokasjoner og et nybygg. Effekten er estimert til å utgjøre om lag 20 millioner kroner for alternativet med Mjøssykehuset, og om lag 3 millioner kroner for null-pluss alternativet. For området transport, vareforsyning og portører er det beregnet effektiviseringspotensial på omtrent 7 millioner kroner for alternativet med Mjøssykehuset og om lag 2 millioner kroner for null-pluss alternativet. Det forventes at lager og forsyningstjenesten kan få mer effektiv drift når en ser mot andre nye sykehusbygg, som er tilrettelagt for en bedre logistikk.

Bemanning i servicetorgene vil i stor grad påvirkes av antall sykehus. Tilsvarende vil gjelde ledelses- og stabsfunksjoner. For alternativet med Mjøssykehuset er det estimert et potensial på omtrent 17 millioner kroner for disse to områdene. For null-pluss alternativet vil antall sykehusenheter bestå, og det er ikke identifisert noen vesentlige effektiviseringsmuligheter innenfor disse to områdene.

Andre driftseffekter

Andre driftseffekter omfatter endringer i leiekostnader. For alternativet med Mjøssykehuset er det forutsatt netto spart leiekostnad på om lag 15 millioner kroner. De største besparelsene er knyttet til flytting av administrasjon- og servicesenteret i Brumunddal, kontorlokaler for senter for pasientreiser og Skanningssentral på Moelv samt leide lokaler på Ottestad. Det er i tillegg antatt økt leiekostnad ved dagens LMS som følge av oppjustering med 10 sengeplasser. Nettoeffekten er likevel spart leiekostnad. For null-pluss alternativet skyldes effekten i hovedsak reduksjon i leide lokaler i Elverum, da disse i stedet kan flytte inn i frigjort sykehusareal. Besparelsen utgjør i underkant av 5 millioner kroner.

Styrker og svakheter ved alternativene

Medlemmene i fagråd og faggrupper har vurdert styrker og svakheter for hvert effektmål. På de neste sidene presenteres en oppsummering av vurderinger gjort i gruppearbeid ved fagkonferansen 13. mai, og mottatte skriftlige innspill i mai 2022.

Der flere fagråd og faggrupper har angitt like eller tilnærmet like styrker og svakheter, er disse slått sammen i tabellene under.

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
Helhetlig tilbud for akutte- og kritisk syke og multisyke.	Små fagmiljøer i Lillehammer og Elverum.	Nærhet og opplevd trygghet for befolkningen.	Små og fragmenterte fagmiljøer.
Muliggjør høyere kompetanse i front og raskere riktig behandling	Krevende rekruttering til Lillehammer og Elverum.	Bred akuttmedisinsk kompetanse i H.	Små volum innen spesialiserte funksjoner.
En samling av somatiske og psykiatriske helsetilbud vil gi muligheter for tverrfaglig samarbeid og god samhandling på tvers av fag og avdelinger.	Delte fag kan gi ulikt tilbud og variasjon i kvalitet.	Nærhet til fødetilbud for Hedmarks befolkning.	Økt transport av pasienter mellom enhetene.
Helhetlige pasienttilbud slik at overflyttinger internt reduseres.	Risiko for stordriftsulemper.	Økt selvdekningsgrad i H. Lettere å beholde kompetanse i dagens sykehus (særlig sykepleiere).	Jfr. dagens utfordring, vanskelig å rekruttere. Ingen komplette sykehus, fortsatt funksjonsfordeling.
	Kan oppleves upersonlig.	Bevarer i stor grad dagens fagmiljø /	Større mulighet for å bli innlagt i feil sykehus.
	Kan risikere mindre og trangere utearealer.		
	Gir noe lengre reisevei for en del pasienter.		

<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>Ulike kulturer må smelte sammen, gir en lang omstillingsfase.</p>	<p>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>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>
---	--	--	---

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 utdannelsesløpene 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, PHV og TSB i nytt bygg gjør at Mjøssykehuset</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 arbeidssteder 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>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>blir et faglig tyngdepunkt som vil rekruttere bedre selv med noe økt reisetid fra byene.</p>		<p>Hvis erstatningssykehuset legges på Sanderud, vil det være samhandlingseffekter mellom somatikk og PHV.</p>	<p>Vanskeligere å tilby LIS-løp og sub-spesialisering. 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>
---	--	--	---

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 nærrere der man bor. Kortere reisevei for vanlige tilstander.	Mye gammel bygningsmasse, ikke universelt utformet.
Sammenhengende og likeverdige behandlingsskjeder.	Økt behov for PHT/pasienttransport. Fare for mindre grøntareal.	Bedre behandlingstilbud for Hamar-regionen. Gode uteområder og skjermingsområder i dagens enheter i PHV.	Ikke funksjonelle arealer for moderne medisin, krevende logistikk, mangel på tilpassede behandlingsrom og mangel på enerom.
Bedret somatisk oppfølging og kontroll av pasienter i PHV.	MTU ved Lillehammer og Elverum kan bli nedprioritert.	Likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted (Hamar, Gjøvik og Lillehammer).	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.	Eksisterende systemer og logistikk beholdes.	Sårbare behandlingstilbud med lite volum.
Bedre tilgang til moderne MTU.	Luftambulansse ikke plassert ved Mjøssykehuset.	Nærhet til DPS.	Fortsatt omfattende funksjonsfordeling og krevende samarbeid mellom sykehusene.
Økt mulighet for investering i ny teknologi.	Bør sikkerhetspsykiatri ligge mer skjermet?	God tilgjengelighet for ansatte, gode kollektivtilbud og mulighet for sykkel og gange.	Risiko for transport til "feil" sykehus.
Funksjonelle og fleksible lokaler for moderne behandling.			Pasienter innen PHV 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.			

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

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 akuttinntak.</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>

Oppsummering av fagråd og faggruppers vurdering av styrker og svakheter

Gruppearbeidene i fagkonferansen 13. mai 2022 viste at begge alternativ har styrker og svakheter. Momentene som kom opp, viser at erstatningssykehuset har flere av de samme fordelene som Mjøssykehuset er vurdert å ha, men at disse vil gjelde for et mindre geografisk område og innenfor færre fagområder. I gruppearbeidene ble det «stemt» over ulike styrker og svakheter, for å se hvilke faktorer som fikk størst oppslutning. Denne «avstemningen» ble ikke gjort likt av alle gruppene, og gjengis derfor ikke her. Samlet vurderte flertallet i fagkonferansen at alternativet med Mjøssykehuset i størst grad oppfyller effektmålene. Dette sammenfaller med innspillene som er mottatt fra fagråd og faggrupper i innspillsrunden i mai 2022.

De skriftlige innspillene viser at majoriteten av medlemmene i fagråd og faggrupper mener alternativet med Mjøssykehuset har flest styrker og oppfylder effektmålene bedre enn null-pluss alternativet. Følgende 16 fagråd og faggrupper vurderer at alternativet med Mjøssykehuset gir flest fordeler:

Fagråd Alderspsykiatri, Fagråd Barne- og ungdomsmedisin, Fagråd Barne- og ungdomspsykiatri, Fagråd Gastrokirurgi, Fagråd Habilitering, Fagråd Hematologi, Fagråd Indremedisin (representanten fra Elverum har ikke deltatt), Fagråd Medisinsk mikrobiologi, Fagråd Onkologi, Prehospitaltjenester, Fagråd Rehabilitering, Fagråd Traumatologi, Fagråd Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Fagråd Urologi, Faggruppe Intensiv, Faggruppe Onkologi

Følgende åtte fagråd og faggrupper er delt, hvor representantene fra Gjøvik og eller Lillehammer vurderer at alternativet med Mjøssykehuset gir flest fordeler, mens representantene fra Elverum og eller Hamar mener null-pluss alternativet gir flest fordeler:

Fagråd Fordøyelsesykdommer, Fagråd Gynekologi, Fagråd Kardiologi, Fagråd Lungemedisin, Fagråd Obstetikk, Fagråd Ortopedi, Fagråd Øre-nese-hals, Faggruppe Akuttmottak

Ett fagråd mener null-pluss alternativet gir flest fordeler:
Fagråd Karkirurgi

Følgende åtte fagråd og faggrupper tar ikke stilling:

Fagråd Nyremedisin, Fagråd Radiologi, Fagråd Øyemedisin, Faggruppe Operasjon, Faggruppe Gastroenterologi, Faggruppe Ergoterapi og fysioterapi, Faggruppe Dialyse, Faggruppe Sterilforsyning

Evalueringsmodell

I styringsgruppen for konseptfasen for «Videreutvikling av Sykehuset Innlandet» ble det i møte 11. mai 2022 vedtatt at Sykehuset Innlandet HF sine effektmål med underliggende vurderingskriterier skulle legges til grunn som del av evalueringskriteriene. Ved vurdering av hvilket alternativ som skal velges, skal det gjøres det en evaluering om og hvor godt alternativene understøtter effektmålene.

Karakterskalaen som skal benyttes er en enkel metode som tar utgangspunkt i dagens situasjon og setter karakter for hvert effektmål i forhold til hvert alternativ. Det er viktig å få frem hva som eventuelt skiller de to alternativene. Karakteren 0 viser at alternativet vurderes som likeverdig med dagens modell i forhold til det aktuelle effektmålet. Hvis alternativet er «mye bedre», benyttes +++.

Likeverdig med dagens modell	Noe bedre	Bedre	Mye bedre
0	+	++	+++

Denne innspillsrunden bygger på det kunnskapsgrunnlaget som er tilgjengelig per 3. juni 2022. Effektmålene som legges til grunn i den faglige vurderingen utgjør en del av vurderingskriteriene for retningsvalget i konseptfasens steg 1 i tråd med styringsgruppens sak 053-2022 *Vurderingskriteriene for valg mellom Mjøssykehuset med tilhørende sykehusstruktur og null-pluss alternativet med erstatningssykehus for Hamar «retningsvalget».*

Mottakere av dette notatet inviteres til å vurdere hvordan de to alternativene oppfyller Sykehuset Innlandet HF sine fem effektmål. Vi ber om at vedlagte skjema benyttes. Frist for innspill er 10. juni.

På avdelingssjefsamlingen 10. juni 2022 skal det gjøres en tilsvarende vurdering utfra samme kriteriesett.

Prosess:

- 13. mai: Konferanse for fagråd og faggrupper - Styrker/svakheter
- 20. mai: Frist innspillsrunde for fagråd og faggrupper
- 10. juni: Frist innspillsrunde for Brukerutvalget, divisjoner, HAMU, tillitsvalgte og vernetjeneste i Sykehuset Innlandet
- 10. juni: Evaluering i avdelingssjefsamling SI
- 13./14. juni: Evaluering ledergruppen i SI, orientering til styringsgruppen
- 17. juni: Utsending grunnlag til evaluering i styringsgruppen
- 24. juni: Evaluering i styringsgruppen
- 8. august: Styringsgruppen behandler sak om retningsvalg (sak til styret i Helse Sør-Øst RHF)