

Vurdering av foretakstilhørighet for

# Sykehuset Innlandet Kongsvinger

- konsekvenser for Sykehuset Innlandet HF



## Innhold

1	Vurdering av foretakstilhørighet fra sykehuset Innlandet .....	3
1.1	Innledning .....	3
2	utvikling og Kvalitet.....	3
2.1	SI Kongsvinger i Sykehuset Innlandet.....	3
2.1.1	SI Kongsvinger i fremtiden – driftsmodell.....	3
2.1.2	Pågående forbedringsarbeid.....	5
2.1.3	Tillitsarbeid .....	5
2.2	Kongsvinger overføres til Akershus universitetssykehus- faglig utfordringsbilde sett fra Sykehuset Innlandet.....	6
2.2.1	Konsekvenser ved nedskalert opptaksområde for Sykehuset Innlandet.....	6
2.2.2	Psykisk helsevern – sykehus psykiatri .....	7
3	Økonomi.....	7
3.1	Beregnet økonomisk utfordring for Sykehuset Innlandet ved overføring.....	7
3.1.1	Beskrivelse av direkte tilpasninger i øvrige deler av Sykehuset Innlandet som følge av overføring. ....	9
3.2	Vurdering av forutsetninger og ytterligere tiltak .....	12
3.3	Engangskostnader ved overføring.....	12
4	Økonomiske konsekvenser i ØLP-perioden 2017-2020.....	13
4.1	Mulige løsninger for å tilpasse driften.....	14
4.1.1	A – Sykehuset Innlandet med reduserte resultatkrav noen år.....	14
4.1.2	B – Økt prosentvis effektiviseringskrav på samtlige divisjoner og staber.....	14
4.1.3	C – Utvidelse av pågående omstillingsprosesser .....	15
4.1.4	Vurdering av alternativene .....	17
5	Oppsummering.....	18

# 1 VURDERING AV FORETAKSTILHØRIGHET FRA SYKEHUSET INNLANDET

## 1.1 Innledning

I foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 17. august 2015, ble det bedt om at det i Helse Sør-Øst sitt arbeid med analyse og kapasitetsbehov 2030 også vurderes om det kan være hensiktsmessig å overføre Sykehuset Innlandet Kongsvinger med tilhørende befolkningsområde til Akershus universitetssykehus. Sykehuset Innlandet Kongsvinger er lokalsykehus for befolkningen i Glåmdalskommunene Kongsvinger, Eidskog, Grue, Sør-Odal og Nord-Odal med ca. 42.000 innbyggere i Hedmark, samt for ca. 10.000 innbyggere i Nes kommune i Akershus fylke (kun somatiske tjenester for innbyggere i Nes).

Befolkningsgrunnlaget i Glåmdalsregionen ventes å vokse til omlag 45.000 innbyggere i 2030, og til 66.000 om man inkluderer Nes kommune.

Kongsvinger sykehus ivaretar i dag lokalsykehusfunksjoner for indremedisin (generell), revmatologi med spesialisert rehabilitering, kirurgi/ortopedi, akuttmedisin/traume, radiologi, føde- barsel avdeling og gynekologi. Det er polikliniske tilbud for barn, innenfor øyesykdommer og øre-nese-hals.

Sykehuset Innlandet har fagdivisjoner som yter tjenester i hele Innlandet for følgende divisjoner: divisjon Psykisk helsevern, divisjon Prehospitale tjenester, divisjon Habilitering og rehabilitering, divisjon Medisinsk service og divisjon Eiendom og internservice. Disse divisjonene har ansvaret for behandlingstilbud og tjenester også i Kongsvinger sykehus sitt lokalsykehusområde og på Kongsvinger sykehus. All spesialisthelsetjeneste for hele befolkningen vurderes samlet i dette arbeidet.

Det foreligger en foreløpig rapport fra Helse Sør-Øst som beskriver en mulig utvikling av SI Kongsvinger som lokalsykehus ved tilhørighet til Sykehuset Innlandet eller en overføring til Akershus universitetssykehus. Det foreligger i tillegg en egen rapport hvor de økonomiske konsekvensene er beskrevet. I tillegg er Sykehuset Innlandet bedt om å gjøre ytterligere vurderinger av faglige og økonomiske konsekvenser ved en eventuell endring av foretakstilhørighet. Dette notatet er et svar på dette.

Sykehuset Innlandet har de to fylkene Hedmark og Oppland som sitt opptaksområdet. Sykehuset Innlandet ønsker å beholde ansvaret for SI Kongsvinger og spesialisthelsetjenestetilbudene til befolkningen i dette opptaksområdet.

## 2 UTVIKLING OG KVALITET

### 2.1 SI Kongsvinger i Sykehuset Innlandet

#### 2.1.1 SI Kongsvinger i fremtiden – driftsmodell

I det pågående utredningsarbeidet med framtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet, skal det legges til rette for flere desentraliserte spesialisthelsetjenester nær der pasienten bor. Som lokalsykehus har Kongsvinger sykehus sin styrke i nettopp nærhet til og lokalkunnskap om befolkning, primærhelsetjeneste og kommunalt omsorgstilbud. Dette gjør lokalsykehuset spesielt godt egnet til å ta vare på pasienter med alminnelige, kroniske og ofte sammensatte tilstander som har behov for tett oppfølging av spesialist- og primærhelsetjeneste i samarbeid.

Et utviklingstrekk de senere år har vært at stadig flere operative prosedyrer med lavt volum innenfor de kirurgiske fagfeltene har blitt organisert bort fra de mindre sykehusene og samlet i større enheter. Nasjonal

helse- og sykehusplan definerer en veiledende nedre grense for akuttkirurgi på 60-80.000 innbyggere. Det er ca 42.000 som bor i Kongsvinger sykehus sitt lokalsykehusområde i tillegg til ca. 10.000 innbyggere i Nes kommune. Det vil være utfordrende å opprettholde både kirurgenes kompetanse og den tverrfaglige kompetansen i teamene som skal vurdere om pasientene skal opereres, hvordan de opereres og hvordan de overvåkes etter operasjon når antall pasienter som innlegges akutt og opereres under oppholdet, har ligget noenlunde stabilt mellom en og to per døgn de siste årene. Sykehuset Innlandet vurderer den akuttkirurgiske aktiviteten som så lav at det er utfordrende å opprettholde kvaliteten, og at det vil bli tiltagende vanskelig å rekruttere kirurger til sykehuset.

SI Kongsvinger er utredet med ulike aktivitetsvolum og ulike typer virksomhet. Sykehuset Innlandet vil legge til grunn at Kongsvinger sykehus utvikles videre som akuttsykehus med tilpasning av akuttfunksjoner.

### **Et framtidig Kongsvinger sykehus som akuttsykehus med tilpassede funksjoner**

I denne modellen vil Kongsvinger sykehus som minimum ha akuttfunksjoner i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi:

- Akutt indremedisin
  - Fagområdet må styrkes for å møte framtidig kapasitetsbehov
  - Antall overleger bør økes
  - Kompetanse i mottak må styrkes med mer erfarne leger
- Gynekologi/føde avdeling
- Spesialisering innenfor planlagt kirurgi/ortopedi (dagkirurgi) og kirurg tilgjengelig på dagtid og for konferering kveld og natt (vurderingskompetanse)
- Bildediagnostikk

I Nasjonal helse- og sykehusplan forutsettes det kirurgisk virksomhet på sykehus med fødeavdeling. Drift av fødeavdelingen krever døgnkontinuerlig beredskap med operasjonsstuer i daglig bruk og tilgang på anestesileger og gynekologer som kan gjøre keisersnitt. Dette blir ivaretatt i modellen.

Det vil være viktig å videreutvikle tilbud innenfor dagbehandling og poliklinisk diagnostikk, utredning og behandling til befolkningen i Glåmdalen.

Sykehuset Innlandet vil som tidligere med fagdivisjonene som er organisert på tvers av geografi, dekke spesialisthelsetjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern og TSB, laboratorietjenester og prehospitale tjenester til befolkningen i Glåmdalen.

- Videreutvikling av lokalsykehusoppgaver og nye samarbeidsformer med kommunene:
  - Støtte for legevakt/skadepoliklinikk
  - Felles utvikling av akuttmottak og legevakt
  - Kommunale akuttplasser
  - Etablering av helsehus

### **Sykehus i team (nettverkssykehus)**

Nasjonal helse- og sykehusplan stiller krav om at den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus skal styrkes og bli mer forpliktende. Nettverkene skal sikre hensiktsmessig oppgavefordeling, og i praksis arbeide som sykehus i team. Videre skal de sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings-/ambuleringsordninger slik at resultatet blir kvalitet i alle ledd og gode og sømløse pasientforløp. Bruk av blant annet telemedisin ved mottak av akutt syke pasienter skal videreutvikles slik at de kan understøtte bedre oppgavefordeling mellom sykehusene.

Administrerende direktør i Sykehuset Innlandet har besluttet å slå sammen divisjon Gjøvik og divisjon Lillehammer til en felles divisjon. Dette skal bidra til å sikre en bedre samordning av faglige oppgaver,

sikre bedre ressursutnyttelse og skape grunnlag for større grad av samling av faglige oppgaver. En tilsvarende vurdering av organisasjonsmodellen for de somatiske divisjonene Elverum-Hamar, Tynset og Kongsvinger blir igangsatt. Per i dag er ikke det faglige samarbeidet mellom Kongsvinger sykehus og resten av Sykehuset Innlandet godt nok, selv om det varierer for de ulike fagområdene. Det er for liten sirkulasjon av fagfolk, det være seg ambulering eller hospitering mellom Kongsvinger sykehus og de andre sykehusene i Sykehuset Innlandet. Det er behov for å endre rutiner for dette. Etter styrets vedtak om omstilling i Sykehuset Innlandet i desember 2016, er arbeidet med nye pasientforløp, også på tvers av dagens somatiske divisjoner, igangsatt. En felles ledelse for divisjonene Elverum-Hamar, Tynset og Kongsvinger vil knytte Kongsvinger sykehus tettere til et større fagmiljø i forhold til kvalitetsutvikling, samarbeid og faglig utveksling og utvikling.

### **2.1.2 Pågående forbedringsarbeid**

Folkehelseinstituttet (FHI) publiserer årlig rapporter og resultater for 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved norske sykehus. Kongsvinger sykehus har hatt en lavere 30-dagers overlevelse enn landsgjennomsnittet. Sykehuset Innlandet gjennomførte som oppfølging av dette, en undersøkelse av «50 siste dødsfall» og fant områder som kan og må forbedres.

SI Kongsvinger har det siste året vært under tilsyn fra Fylkesmannen i Hedmark. Bakgrunnen er funn som tilsynsmyndighetene har gjort gjennom flere tilsynssaker og resultat av 30-dagers overlevelse samt funn ved gjennomgang av «50 siste dødsfall».

Høsten 2016 ble det iverksatt en rekke tiltak som skal bidra til utvikling av bedre kvalitet og pasientsikkerhet i sykehuset. Det har vært sterkt ledelsesfokus og oppfølging ukentlig knyttet til bl.a. følgende områder:

- Krav til dokumentasjon (tilkalling og tilsyn, rutiner for skriftliggjøring av dokumentasjon på helger uten medisinsk skrivertjeneste til stede)
- Øket medisinsk kompetanse i akuttmottaket (08.00-18.00)
- Systematisk bruk av verktøy i klinisk vurdering og oppfølging, Modified Early Warning Score (MEWS) og Mobile Akutt Team (MAT)
- Nye rutiner for visittgang
- Rutine for konsultasjon ved radiologiske undersøkelser
- Oppfølging av Pasientsikkerhetsprogrammet med økt fokus på bruk av tverrfaglige tavlemøter
- Implementert ny prosedyre for SEPSIS-behandling
- Krav til responstid for overleger i vakt
- Pågående prosess med omlegging av tjenesteplaner med LIS i primærvakt (2-sjiktet vaktordning med økt kompetanse i front)
- Økning i antall LIS og overleger

I kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget har det vært rapportering på interne stikkprøver av dokumentasjon i pasientjournalene. I et stikkprøvetilsyn som ble gjennomført av Fylkesmannen i desember, ble det ikke funnet avvik på noen av innsatsområdene i de 60 journalene som ble gjennomgått.

Det vil bli gjennomført en ny undersøkelse av «50 siste dødsfall» ved SI Kongsvinger for å evaluere implementeringen av tiltakene.

### **2.1.3 Tillitsarbeid**

SI Kongsvinger har i dag et godt samarbeid med kommunene i Glåmdalen. Sykehuset har egen samhandlingskoordinator som en viktig ressurs for å skape et godt bindeledd mellom tjenestene, likeledes bistår sykehuset, gjennom hygienesykepleier, kommunehelsetjenesten med tjenester som smittevern og MRSA-problematikk. Samarbeidet mellom sykehuset og kommunene er formalisert på et overordnet nivå gjennom Geografisk samarbeidsutvalg og Klinisk samarbeidsutvalg, som begge har regelmessige møter. I løpet av de siste ukene har lokalavisen i Glåmdalen hatt tre saker med oppslag om det viktige

kvalitetsarbeidet i sykehuset. Det legges også vekt på at informasjon om kvalitetsarbeidet på sykehuset skal prege dagsorden i samarbeidsutvalgene med kommunene. Gjennom å vise at SI Kongsvinger utvikler seg positivt ønsker Sykehuset Innlandet å gjenspeile tillit i befolkningen.

Det er behov for å etablere et bedre samarbeidsklima med gjensidig tillit mellom Kongsvinger sykehus og de øvrige divisjonene i Sykehuset Innlandet.

Sykehuset Innlandet har totalt sett en bred kompetanse som til sammen dekker befolkningens behov i Innlandet. Det er imidlertid behov for at legetjenesten ved sykehusene samarbeider mer og i større grad bidrar på tvers av divisjonene. Helt konkret er det igangsatt og/eller planlegges det med følgende samarbeid:

- SI Lillehammer, som har et områdeansvar innenfor gyn/føde vil i en periode bistå med en erfaren overlege som skal dekke opp vaktberedskap og støtte opp under faglig utvikling av tjenesteområdet
- SI Elverum-Hamar etablerer utveksling av leger innenfor indremedisin.
- Sykehuset Innlandet skal vurdere å slå sammen divisjonene Tynset og Kongsvinger med divisjon Elverum-Hamar for å sikre bedre samarbeid på tvers. Utredningen er igangsatt og konklusjonen vil foreligge i løpet av 2017.
- Det er igangsatt et arbeid på tvers av alle somatiske divisjoner for å hindre uønsket variasjon, f.eks. ventetider. Arbeidet ledes av fagdirektør. Foreløpige analyser har avdekket at det er store variasjoner i liggetid mellom sykehusene i Innlandet og målet med arbeidet er å sikre en felles praksis på tvers av sykehusene.
- Divisjonene i Sykehuset Innlandet har etablert velfungerende videokonferanseløsninger, og utnytter i økende grad dette til samarbeid om veiledning, undervisning og utdanning – og til videokonferanse i pasientbehandlingen.
- Ledergruppen i Sykehuset Innlandet skal snarlig til SI Kongsvinger for å diskutere ytterligere tiltak for faglig utvikling og samarbeid på tvers i Sykehuset Innlandet.

## **2.2 Kongsvinger overføres til Akershus universitetssykehus- faglig utfordringsbilde sett fra Sykehuset Innlandet**

### **2.2.1 Konsekvenser ved nedskalert opptaksområde for Sykehuset Innlandet**

Sykehuset Innlandet har et opptaksområde på om lag 400 000 innbyggere.

Med Statistisk sentralbyrås (SSB) MMMM-tall er fremskrevet befolkningsvekst på 14 % fra 2014 til 2040 i opptaksområdet. Det er kun Telemark HF (13 %) og Sykehuset Innlandet (14 %) som har så lav befolkningsvekst i Helse Sør-Øst RHF.

I Innlandet vil aldersgruppen 70 år + ha en stor fremskrevet vekst (73 %), mens aldersgruppene 0-17 år og 18-69 år vil ha en fremskrevet vekst på henholdsvis 6 % og 5 %. Andelen eldre vil derfor øke betydelig i årene frem mot 2040, og bli større enn andelen barn og unge.

Opptaksområdet til Sykehuset Innlandet er ideelt for å sikre et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å ivareta faglig kvalitet i spesialiserte funksjoner. Med spesialiserte tjenester menes tjenester for sjeldnere lidelser der det er behov for samling for å sikre tilstrekkelig spisskompetanse og dermed faglig kvalitet. Det er flere ganger vist til sammenheng i volum-/kvalitetsaspektet og påpekt hvor viktig det er å ha et tilstrekkelig pasient- og befolkningsgrunnlag for å opprettholde god kvalitet på ferdigheter i utøvelse av spesialisthelsetjenester.

En endring i foretakstilhørighet for SI Kongsvinger vil gi et redusert opptaksområde for Sykehuset Innlandet og kreve tiltak for å opprettholde de spesialiserte funksjoner innenfor enkelte områder i somatikk, spesialisert rehabilitering og sykehus psykiatri.

## **2.2.2 Psykisk helsevern – sykehus psykiatri**

Et fagområde det må iverksettes særskilte tiltak og inngås egne avtaler om, ved en endret foretakstilhørighet, er tilbudet innenfor psykisk helsevern. Akershus universitetssykehus har gitt informasjon om at de har for lav kapasitet for å kunne dekke innbyggernes behov for sykehus psykiatri ved et utvidet opptaksområde.

Det krever at det i forkant av en endret foretakstilhørighet må gjennomføres egne risikovurderinger med tilhørende tiltak og egne avtaler for å sikre kapasitet og trygge og gode pasientforløp for pasienter som trenger innleggelse i innen sykehus psykiatrien.

Det er viktig at det arbeides videre med hvordan pasientforløp og kapasitet skal håndteres om det blir aktuelt med en endring av foretakstilhørighet.

## **3 ØKONOMI**

### **3.1 Beregnet økonomisk utfordring for Sykehuset Innlandet ved overføring**

Finansieringsordningen i Helse Sør-Øst RHF er slik at Sykehuset Innlandet skal være finansiert for å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen i sitt sykehusområde. Inntektsbortfallet etter en eventuell overføring av opptaksområdet i Glåmdalen vil innebære at det i en periode vil være behov for å omstille driften til det nye inntektsnivået. Sykehuset Innlandet vil måtte tilpasse driften og gjøre strukturelle endringer for å oppnå økonomisk bærekraft. Det er estimert en foreløpig beregnet økonomisk utfordring for Sykehuset Innlandet på 153 millioner kroner ved en eventuell overføring av opptaksområdet til Akershus universitetssykehus.

Tabellen under viser de direkte berørte og beregnede størrelsene spesifisert, som danner grunnlag for dette beløpet. Det er tatt hensyn til kostnader som direkte er knyttet til all aktivitet ved SI Kongsvinger, DPS Kongsvinger inkludert service og støttefunksjoner lokalisert her, samt andel av direkte kostnader ført på fellesområdet som pasientreiser, høykostmedikamenter, Legemiddelassistert rehabilitering, andel regning fra Sykehuspartner IKT, drifting av aktuelle ambulansestasjoner i området og andel avskrivninger. Det er ikke tatt stilling til hvilke områder som eventuelt vil være omfattet av en virksomhetsoverdragelse, herunder medisinske støttefunksjoner, samt HR- og Økonomiavdeling som tilhører staber og divisjoner på tvers av hele foretaket, men som er lokalisert og direkte knyttet til driften av SI Kongsvinger.

**Oversikt over økonomiske effekter for Sykehuset Innlandet ved at Kongsvinger overføres:**

<b>INNTEKTER</b>	<b>Estimert inntektsendring</b>
Endringer inntektsmodell	-683 000
Endring ISF	-284 000
Endring gjestepasientoppgjør	19 000
Andre inntekter	-75 000
<b>Sum estimert inntektsreduksjon</b>	<b>-1 023 000</b>
<b>KOSTNADER</b>	<b>Estimert kostnadsendring</b>
Kostnad drift divisjon Kongsvinger	432 000
Kostnad drift DPS Kongsvinger	83 000
Kostnader drift avdelinger tilhørende Medisinsk service	31 000
Kostnader drift avdelinger tilhørende Eiendom og internservice	61 000
HR avdeling Kongsvinger	2 000
ØK avdeling Kongsvinger	2 000
Behandlingshjelpemidler	8 000
SP HR	3 000
Sum kostnader til drift Kongsvinger og DPS konsvinger	622 000
H-reseptor	38 000
LAR-medikamenter	3 000
SP IKT	23 000
Avskrivninger	16 000
Endring gjestepasientoppgjør	100 000
<b>Sum kostnadsbase som overføres AHUS</b>	<b>802 000</b>
Ambulanse	33 000
Pasientreiser	34 000
Avskrivning Ambulanse	1 000
<b>SUM estimert kostnadsreduksjon for SI</b>	<b>870 000</b>
<b>Estimert effekt Sykehuset Innlandet HF</b>	<b>-153 000</b>

Sykehuset Innlandet har videre kalkulert effektene av nødvendige tilpasninger i øvrige deler av foretaket som følge av en eventuell overføring og reduksjon i opptaksområdet for Sykehuset Innlandet jf tilleggsbestilling. Fellesfunksjoner, administrasjon, forskning med mer som man må forvente tilpasses når opptaksområdet reduseres fra om lag 400.000 innbyggere til om lag 360.000, er vurdert.

Netto estimert potensiale for identifiserte kostnadsreduksjoner i gjenværende Sykehuset Innlandet, både staber og divisjoner, etter en eventuell reduksjon i opptaksområdet, er beregnet til et potensiale på om lag 40 millioner kroner. Spesifikasjon følger i tabell under. Ytterligere tilpasning blir beskrevet i kapittel 4.



### Tilpasninger i kapasitet ved redusert opptaksområde:

<b>Tilpasninger i SI ved redusert opptaksområde</b>	
Nedtak av senger somatikk i gjenværende divisjoner i SI	12 800
Nedtak av forskning	3 700
Nedtak av andel stabsfunksjoner felles alle områder	12 800
Nedtak av andel stabsfunksjoner PHT, EIS og MS	1 500
Nedtak av stabsfunksjoner psykisk helsevern og TSB	800
Nedtak tilsvarende 2000 liggedøgn psykisk helsevern og TSB	12 500
<b>Estimert ytterligere potensiale for kostnadsreduksjoner</b>	<b>-44 100</b>
<b>Estimert utfordring for Sykehuset Innlandet etter tilpasninger</b>	<b>-108 900</b>

PHT = Prehospitaltjenester EIS = Eiendom og Internservice MS = Medisinsk service

Estimert utfordring når en innarbeider ytterligere effekter er beregnet til om lag 110 millioner kroner. Det er viktig å påpeke at slike tilpasninger vil ta noe tid, da det vil være en omfattende reduksjon i all virksomhet som ikke er direkte knyttet til SI Kongsvinger sitt opptaksområde, men som gjelder hele foretaket. Dermed må dette håndteres over en 3-4 års periode før eventuell full effekt forventes og oppnås.

#### **3.1.1 Beskrivelse av direkte tilpasninger i øvrige deler av Sykehuset Innlandet som følge av overføring.**

##### **Reduksjon av senger somatikk**

Pasienter fra opptaksområdet til SI Kongsvinger får også behandling ved øvrige enheter i Sykehuset Innlandet, spesielt knyttet til områdefunksjoner. Tabellen nedenfor viser antall liggedøgn pr hjemkommune, og estimert antall senger i bruk, fordelt på behandlende enhet.

## Somatikk - Liggedøgn ved andre enheter i SI (Datagrunnlag 2016)

	Nes	Eidskog	Grue	Kongsvinger	Nord-Odal	Sør-Odal	Totalsum	Antall senger
B0102 Kirurgi Hamar	89	215	286	805	358	341	2 094	5,82
B0507 Avd for Fysikalsk medisin og rehab	70	330	119	662	158	334	1 673	4,65
B0104 Barn Elverum	13	206	67	432	76	138	932	2,59
B0105 Indremedisin Elverum	15	86	49	239	25	80	494	1,37
B0203 Indremedisin Gjøvik	0	21	1	255	96	101	474	1,32
B0506 Habilitering og rehabilit Granheim	24	0	46	272	46	24	412	1,14
B0305 Nevrologi	13	21	82	56	50	78	300	0,83
B0101 Kirurgi Elverum	21	25	44	125	33	10	258	0,72
B0109 ØNH poliklinikk Elverum	4	22	30	73	42	24	195	0,54
B0106 Indremedisin Hamar	7	29	5	40	48	29	158	0,44
B0303 Barn Lillehammer	17	48	9	24	15	10	123	0,34
B0301 Kirurgi Lillehammer	11	0	0	78	1	5	95	0,26
B0103 Gyn/føde Elverum	2	17	17	11	10	8	65	0,18
B0201 Kirurgi Gjøvik	10	8	4	24	3	9	58	0,16
B0304 Indremedisin Lillehammer	2		0	29	1	9	41	0,11
B0302 Gyn/Føde Lillehammer	6	15	3	5	2	6	37	0,10
B0110 Øye poliklinikk Elverum	5	8	2	12	3	6	36	0,10
B2000 Stab - felles divisjon Tynset	4	0	0	14	1	7	26	0,07
B0205 ØNH Gjøvik	0	2	3	4	4	8	21	0,06
B0501 Habiliteringstjenesten		0	1	0	0	0	1	0,00
<b>Totalsum</b>	<b>313</b>	<b>1 053</b>	<b>768</b>	<b>3 160</b>	<b>972</b>	<b>1 227</b>	<b>7 493</b>	<b>20,8</b>

Tabellen viser at aktiviteten knyttet til pasienter fra Glåmdalen ved øvrige divisjoner i Sykehuset Innlandet er beregnet til om lag 21 senger totalt. Dette gjelder hovedsakelig områdefunksjoner. Per avdeling/fagområde utgjør denne aktiviteten fra 0,1 til 5 senger. Dersom man skal kunne vurdere å ta ned et team på en sengepost, bør aktiviteten tilsvare minst 8 senger innenfor samme fagområde og samme sengepost. Marginalaktiviteten som pasienter fra Glåmdalen utgjør ved de øvrige divisjonene i Sykehuset Innlandet, medfører at kostnadstilpasning på kort sikt er krevende. Pasientene vil bli behandlet på ulike enheter og avdelinger i hele Sykehuset Innlandet. Det er også usikkert hvordan faktisk pasientstrøm fra Akershus universitetssykehus til Sykehuset Innlandet innenfor somatikk vil bli etter en eventuell overføring. Dette vil gjelde både på kort og litt lengre sikt. Etter en overføring er det estimert at forbruket innenfor somatikk vil gå ned til om lag 530 DRG-poeng. Dette utgjør omregnet behov for om lag tre senger. Dette er forutsatt at pasienter i Glåmdalsregionen bruker andre divisjoner i Sykehuset Innlandet tilsvarende befolkningen i Nes (2 %). Det er i beregningene forutsatt at denne endringen i pasientstrøm skjer umiddelbart etter overføring. Det vil være nødvendig å inngå særskilte avtaler knyttet til prisingen av disse pasientene i en overgangsfase og muligens på lengre sikt. ISF- pris utover 80 % vil være aktuelt.

Parallelt med arbeidet om foretakstilhørighet pågår det et omstillingsarbeid i Sykehuset Innlandet. I dette arbeidet er det blant annet sett på optimalisering av pasientforløp for å bedre kvaliteten og samtidig redusere liggetider til beste praksis og dermed vurdere behovet for antall senger og bemanning.

Sykehuset Innlandet har sett på om gjennomføringen av redusert behov for kapasitet ved en eventuell endring av foretakstilhørigheten blir lettere å håndtere ved å se omstillingsprosessen i sammenheng.

Begge prosessene innebærer et lavere behov for senger. I omstillingsarbeidet er dette knyttet til liggetider, mens det i beregningen av redusert opptaksområde er knyttet til totalt lavere behov for antall senger. Foreløpige vurdering kan tyde på at det er innenfor medisinske senger og rehabilitering at det kan være en samordningsgevinst. Når det gjelder kirurgiske senger er det ikke avdekket noen sammenheng foreløpig. Foreløpige vurderinger viser et potensiale på totalt om lag 13 millioner kroner ved vurderingen av senger, og dermed kostnader til bemanning.

I beregningen av en besparelse på omlag 13 millioner kroner, har vi sett bort fra forutsetningen om åtte senger på det enkelte sted, og i stedet kalkulert bespart pleiekostnad ved å ta bort 16 senger/to team. Dette er opprinnelig beregnet 20 senger fratrukket antatt gjenværende behov på tre senger, avrundet til 16 senger og to team. Øvrige kostnader knyttet til vakt, beredskap, medisinske støttefunksjoner og bruk av legeressurser er ikke tatt inn, da det her er snakk om marginal reduksjon innenfor hvert fag og på hvert enkelt sted.

Arbeidet med optimalisering av pasientforløp fortsetter gjennom 2017 og Sykehuset Innlandet vil kunne se på en ytterligere detaljering av sammenhengene i det videre arbeidet.

### ***Reduksjon innenfor forskning***

Ansatte i Sykehuset Innlandet sin virksomhet i Glåmdalsområdet utgjør ca 9 % av totalt antall ansatte i Sykehuset Innlandet. Lønnskostnaden i forskning er beregnet og redusert med tilsvarende prosent og vil gi en reduksjon på 3,7 millioner kroner innenfor forskning. Det er ikke beregnet effekt av reduksjon i opptaksområdet knyttet til forskning i inntektsmodellen, så her kan det komme ytterligere reduksjonen i basisinntekter utover det som er beregnet så langt.

### ***Reduksjon av felles administrasjons- og stabsfunksjoner***

Ansatte i Sykehuset Innlandet sin virksomhet i Glåmdalsområdet er ca 9 % av totalt antall ansatte i foretaket. Lønnskostnaden i alle fellesstaber og administrasjon er redusert med tilsvarende prosent.

Dette er personellkostnader, og en reduksjon på omlag 13 millioner kroner utgjør i størrelsesorden 15-18 årsverk som da må reduseres. Dette vil det ta anslagsvis to til tre år å gjennomføre.

### ***Reduksjon av stabsfunksjoner innenfor prehospitaltjenester, eiendom og internservice og medisinsk service***

Divisjonene Prehospitaltjenester, Eiendom og Internservice og Medisinsk service, vil miste en del av sin samlede aktivitet ved en overføring av opptaksområde. Direkte overførbar aktivitet er allerede hensyntatt i opprinnelige beregninger eksempelvis ambulansestasjonene i Glåmdalsområdet. Divisjonsledelse og stab må skaleres ned for å tilpasse seg redusert opptaksområde. En har lagt til grunn at en kan ta ned lønnskostnad tilsvarende 1,5 millioner kroner i divisjonenes ledelse og staber innenfor disse funksjonene.

### ***Reduksjon av stabsfunksjoner psykisk helsevern og TSB***

Psykisk helsevern og TSB vil miste en del av sin samlede aktivitet ved en overføring og reduksjon i opptaksområde utover den aktiviteten som er direkte berørt, og allerede hensyntatt i beregningene.

En har lagt til grunn at en kan ta ned lønnskostnad tilsvarende 0,8 millioner kroner i divisjonens ledelse og øvrige stab dersom opptaksområde reduseres.

### ***Reduksjon tilsvarende 2000 liggedøgn innenfor psykisk helsevern og TSB***

Pasienter fra opptaksområde i Glåmdalen behandles også ved øvrige enheter i Sykehuset Innlandet innenfor sykehusbasert psykisk helsevern ved Sanderud og Reinsvoll. Tabellen nedenfor viser antall liggedøgn pr hjemkommune, og estimert antall senger i bruk fordelt på behandlende enhet.

Psyk/TSB - Liggedøgn ved andre enheter i SI (Datagrunnlag 2015)							
Avdeling	Pasienter fra...					Totalsum	Antall senger
	0402 Kongsvinger	0418 Nord-Odal	0419 Sør-Odal	0420 Eidskog	0423 Grue		
Avd. for Alderspsykiatri	285	68	80	196	288	917	2,5
Avd. for Akuttpsykiatri/psykosebehandl. Sanderud	1864	370	333	438	322	3327	9,2
Avd. for TSB	287	137	216	27	135	802	2,2
Avd. for Akuttpsykiatri/psykosebehandl. Reinsvoll	366		99	142	137	744	2,1
BUP Døgn	3			4		7	0,0
DPS Elverum-Hamar	19		1	16		36	0,1
DPS Gjøvik		62	81			143	0,4
Totalsum	2824	637	810	823	882	5976	16,6

Tabellen viser at det totalt brukes 6000 liggedøgn/17 senger fordelt på flere enheter og lokalisasjoner.

Det er kalkulert en besparelse på 12,5 millioner kroner ved reduksjon tilsvarende 2000 liggedøgn. Videre er det lagt inn 25 millioner kroner i gjestepasientinntekter for de resterende 4000 liggedøgnene. Disse er allerede innarbeidet i opprinnelig beregning av endring gjestepasientinntekter.

Reduksjonen på 12,5 millioner kroner er beregnet ut fra en pris på kr 6.250 kr pr liggedøgn. Totalt kostnad pr liggedøgn innenfor psykisk helsevern ligger i området 10-11.000 kr pr døgn, men ved marginale endringer får en ikke tatt ut full effekt.

Dersom foretakstilhørigheten blir endret, må det forhandles frem en særskilt avtale knyttet til behovet Akershus Universitetssykehus har for kapasitet innenfor psykisk helsevern sykehus for å skape forutsigbarhet knyttet til kapasitetsbehov og pasientforløp.

### 3.2 Vurdering av forutsetninger og ytterligere tiltak

Ved en eventuell endring i sykehusområdetilhørighet vil store deler av pasientstrømmen innenfor somatikk snu umiddelbart. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp og nye pasienter forventes å bli henvist direkte til Akershus Universitetssykehus. I en overgangsfase vil pasienter som er i et pasientforløp ved Sykehuset Innlandet forventes å avslutte dette i Sykehuset Innlandet. Avvikling av «haleaktivitet» anslås å ta ett-to år. Samtidig kan det ta noe tid å endre henvisningspraksis fra fastleger. Innenfor sykehusbasert psykisk helsevern forutsettes det at Sykehuset Innlandet i en overgangsfase opprettholder noe kapasitet for å dekke tilbudet til pasienter fra Glåmdalskommunene. Forutsetningene tatt under gir en momentan endring i inntektsvridning. I praksis vil endringen forventes å være noe mer flytende. Det blir viktig å inngå særskilte avtaler med hensyn til finansieringsordninger for å ivareta endring i pasientflyt utover vanlig gjestepasientoppgjør.

### 3.3 Engangskostnader ved overføring

I dette notatet er det ikke tatt hensyn til økonomiske beregninger av kostnader knyttet til et eventuelt arbeid med å forberede og gjennomføre en endring av opptaksområde herunder gjennomføring av bla virksomhetsoverdragelse. Sykehuset Innlandet er ikke rigget for å ivareta slike store enkeltoppgaver, og det vil i en periode være behov for å øke kapasiteten for å gjennomføre endringen. Dette vil spesielt være innenfor HR, men også knyttet til IKT-løsninger og systemtilpasninger.

## 4 ØKONOMISKE KONSEKVENSER I ØLP-PERIODEN 2017-2020

Sykehuset Innlandet har uten en eventuell effekt av endring i opptaksområde en beregnet utfordring i ØLP-perioden på om lag 440 millioner kroner, se tabell under. Forutsetningene her er et økende resultatkrav fra 80 millioner kroner i 2017 til 150 millioner kroner i 2020 for å ha nødvendig økonomisk bærekraft i årene fremover. En beregnet utfordring på om lag 100 millioner i året utgjør et effektiviseringskrav på om lag 1,5 - 2 % på samtlige divisjoner og staber. Dette er den beregnede utfordringen i gjeldende ØLP pr år i perioden 2017-2020. Netto økonomisk utfordring for Sykehuset Innlandet etter tilpasninger av redusert opptaksområde på andre gjenværende divisjoner i Sykehuset Innlandet og stab-støttefunksjoner, er foreløpig beregnet til om lag 110 millioner kroner. Dette øker utfordringen til om lag 3,5 % for året gitt at endring av foretakstilhørighet gjennomføres.

### ØLP 2017-2020

Budsjett	Budsjett 2017	Budsjett 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	SUM
Budsjettert resultat felles, divisjonene i balanse	50 000	80 000	100 000	120 000	350 000
<b>Forhold fra eier</b>					
<b>Inntektsmodellen</b>					
Fremskrivning av inntektsforutsetninger	-21 176	-37 674	-36 592	-28 859	-124 300
Andel av vekstmidler	43 102	42 867	42 643	42 474	171 087
<b>Interne forhold i SI</b>					
Sykehuspartner - økt tjenestepreis IKT	-7 739	-25 536	-53 102	-49 988	-136 365
Interne prioriteringer	-20 000	-7 000	0	0	-27 000
Sykehusstruktur/omstilling	-10 000	-2 000	0	0	-12 000
Netto økning høykostmedisiner inkl kreftlegemidler	-35 000	-30 000	-24 150	-26 655	-115 805
Behandlingshjelpemidler	-10 000	-5 000	-5 000	-5 000	-25 000
Pasientreiser	-10 000	-5 000	-5 000	-5 000	-25 000
Gjestepasienter/kjøp fra private - FB	-27 303	-8 983	-5 000	-5 000	-46 286
<b>Utfordring før midler til investering</b>	<b>-48 116</b>	<b>1 674</b>	<b>13 800</b>	<b>41 972</b>	<b>9 330</b>
Resultatkrav	80 000	100 000	120 000	150 000	450 000
<b>Utfordring inkl midler til investeringer</b>	<b>-128 116</b>	<b>-98 326</b>	<b>-106 200</b>	<b>-108 028</b>	<b>-440 670</b>
<b>Akkumulert utfordring 2016-2019:</b>	<b>-128 116</b>	<b>-226 441</b>	<b>-332 641</b>	<b>-440 670</b>	

Sykehuset Innlandet har et budsjett på om lag 8,7 milliarder kroner, og bør ut fra mål fra eier oppnå et positivt resultat på minimum 200 millioner kroner årlig (2-2,5 % av omsetning) for å ha ønsket økonomisk bærekraft og muligheter til nødvendige investeringer. For hele foretaket vil det være nødvendig med omfattende tiltak for å tilpasse seg rammene og sikre en god faglig utvikling.

### Omstillinger og fremtidig sykehusstruktur

Sykehuset Innlandet skal i innværende ØLP-periode vedta ny sykehusstruktur for foretaket. Realiseringen av ny struktur vil ikke bli gjennomført i denne fireårsperioden. Nødvendige omstillingstiltak innenfor eksisterende sykehusstruktur og i tråd med fremtidig struktur, skal gjennomføres. Det er beregnet behov for store investeringer i fremtiden, og skal dette kunne realiseres, må foretaket vise økonomisk bæreevne for en slik investering i ny struktur. Store investeringsbeløp er også påkrevd ved videre drift i eksisterende struktur.

En økt utfordring på om lag 100-120 millioner kroner i ØLP-perioden, vil forverre den økonomiske situasjonen for foretaket. Tilpasning til reduserte rammer vil ta tid, og det vil være behov for overgangsordninger.

## 4.1 Mulige løsninger for å tilpasse driften

### 4.1.1 A – Sykehuset Innlandet med reduserte resultatkrav noen år

En mulighet for å håndtere den økonomiske utfordringen en endring i opptaksområde vil medføre, er å senke resultatkravet etter overføring i en periode. Som tabellen under viser vil dette medføre den samme økonomisk utfordringen som beskrevet i vedtatte ØLP 2017-2020 på totalt om lag 450 millioner. Hovedforskjellen er at i denne situasjonen vil Sykehuset Innlandet i en periode ha reduserte positive resultater, men at man i de neste årene gradvis øker det positive resultatet til planlagte nivå på om lag 150 millioner kroner igjen. Resultatet er satt til 0 i 2019 og 50 millioner kroner i positivt resultat i 2020. I perioden med reduserte resultater vil foretaket ha utfordringer med å gjennomføre ønskede investeringer, samt å tilrettelegge for en planlagt endring i fremtidig sykehusstruktur. Basisrammen til Sykehuset Innlandet skal dekke både drift og investeringer, og over en periode må helseforetaket tilpasse driften for igjen å oppnå økonomisk bærekraft og midler til nødvendige investeringer.

### Overføring av Kongsvinger 01.01.2019 med reduserte resultater i 2019 og 2020.

Resultatutvikling Sykehuset Innlandet med videreføring av dagens drift

Budsjett	Budsjett 2017	Budsjett 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	SUM
Budsjettert resultat felles, divisjonene i balanse	50 000	80 000	100 000	0	230 000
<b>Forhold fra eier</b>					
<b>Inntektsmodellen</b>					
Fremskrivning av inntektsforutsetninger	-21 176	-37 674	-36 592	-28 859	-124 300
Andel av vekstmidler	43 102	42 867	42 643	42 474	171 087
<b>Interne forhold i SI</b>					
Sykehuspartner - økt tjenestepreis IKT	-7 739	-25 536	-53 102	-49 988	-136 365
Interne prioriteringer	-20 000	-7 000	0	0	-27 000
Sykehusstruktur/omstilling	-10 000	-2 000	0	0	-12 000
Netto økning høykostmedisiner inkl kreftlegemidler	-35 000	-30 000	-24 150	-26 655	-115 805
Behandlingshjelpemidler	-10 000	-5 000	-5 000	-5 000	-25 000
Pasientreiser	-10 000	-5 000	-5 000	-5 000	-25 000
Gjestepasienter/kjøp fra private - FB	-27 303	-8 983	-5 000	-5 000	-46 286
<b>Effekt av overføring Kongsvinger opptaksområde</b>			<b>-130 000</b>	<b>20 000</b>	<b>-110 000</b>
<b>Utfordring før midler til investering</b>	<b>-48 116</b>	<b>1 674</b>	<b>-116 200</b>	<b>-58 028</b>	<b>-220 670</b>
Resultatkrav	80 000	100 000	0	50 000	230 000
<b>Utfordring inkl midler til investeringer</b>	<b>-128 116</b>	<b>-98 326</b>	<b>-116 200</b>	<b>-108 028</b>	<b>-450 670</b>
<b>Akkumulert utfordring 2016-2019:</b>	<b>-128 116</b>	<b>-226 441</b>	<b>-342 641</b>	<b>-450 670</b>	

Tabellen viser resultater i ØLP-perioden, der en eventuell overføring av opptaksområdet er tenkt 1.1.2019. Den kunne vært forlenget med økende resultatkrav i påfølgende år fra 2021. Det vil være nødvendig å vurdere tilpasningen i inntektene over en lengre tidsperiode enn gjeldende ØLP. Det er vanskelig å forutse når en kan oppnå forventet nivå på 150 millioner kroner i resultater. Det tar noe tid å tilpasse seg nye rammer, og nedskalere drift i hele foretaket, og det vil være behov for overgangsordninger en periode. Hvor snart en kan oppnå ønskede resultater vil måtte gjøres gjennom en ordinær ØLP-prosess.

### 4.1.2 B – Økt prosentvis effektiviseringskrav på samtlige divisjoner og staber

Dersom ønsket resultatutvikling skal opprettholdes for å kunne opprettholde bærekraft i perioden, vil utfordringen for resten av Sykehuset Innlandet øke med om lag 110 millioner kroner i perioden. Dette er utover nedtakene, beregnet til om lag 44 millioner kroner som er beskrevet i kapittel 3. Økt utfordring er satt inn i 2019 og 2020, selv om det vil ta tid fra eventuelt overføringstidspunkt til man kan gjennomføre nødvendige kapasitetsreduksjoner som følge av redusert opptaksområde. Om lag 110 millioner kroner er det beregnede ytterligere behov for tilpasninger på resterende divisjoner utover direkte kapasitetstilpasninger og direkte overføringer. Dersom dette prosentvis skal fordeles på gjenværende

divisjoner og staber i Sykehuset Innlandet, vil utfordringen deres øke fra i underkant av 2 % pr divisjon/stab, til 3,5 % pr divisjon/stab.

## Effekt av overføring 01.01.2019 med opprettholdt resultatmål

### Resultatutvikling Sykehuset Innlandet med videreføring av dagens drift

Budsjett	Budsjett 2017	Budsjett 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	SUM
Budsjettert resultat felles, divisjonene i balanse	50 000	80 000	100 000	120 000	350 000
<b>Forhold fra eier</b>					
<b>Inntektsmodellen</b>					
Fremskrivning av inntektsforutsetninger	-21 176	-37 674	-36 592	-28 859	-124 300
Andel av vekstmidler	43 102	42 867	42 643	42 474	171 087
<b>Interne forhold i SI</b>					
Sykehuspartner - økt tjenestepreis IKT	-7 739	-25 536	-53 102	-49 988	-136 365
Interne prioriteringer	-20 000	-7 000	0	0	-27 000
Sykehusstruktur/omstilling	-10 000	-2 000	0	0	-12 000
Netto økning høykostmedisiner inkl kreftlegemidler	-35 000	-30 000	-24 150	-26 655	-115 805
Behandlingshjelpemidler	-10 000	-5 000	-5 000	-5 000	-25 000
Pasientreiser	-10 000	-5 000	-5 000	-5 000	-25 000
Gjestepasienter/kjøp fra private - FB	-27 303	-8 983	-5 000	-5 000	-46 286
<b>Effekt av overføring Kongsvinger opptaksområde</b>			<b>-130 000</b>	<b>20 000</b>	<b>-110 000</b>
<b>Utfordring før midler til investering</b>	<b>-48 116</b>	<b>1 674</b>	<b>-116 200</b>	<b>61 972</b>	<b>-100 670</b>
Resultatkrav	80 000	100 000	120 000	150 000	450 000
<b>Utfordring inkl midler til investeringer</b>	<b>-128 116</b>	<b>-98 326</b>	<b>-236 200</b>	<b>-88 028</b>	<b>-550 670</b>
<b>Akkumulert utfordring 2016-2019:</b>	<b>-128 116</b>	<b>-226 441</b>	<b>-462 641</b>	<b>-550 670</b>	

Samdata-tall for de siste årene viser at Sykehuset Innlandet er landets 3. mest effektive sykehus innen somatikk dersom en ser på kostnader pr DRG eller DRG pr brutto månedsverk. Dette til tross for en utfordrende struktur med lange reiseavstander. Med mange akuttsykehus øker behovet for beredskap/mange vaktordninger.

I år 2019 har den økonomiske utfordringen økt til om lag 240 millioner kroner. Dette gir et effektiviseringskrav på samtlige divisjoner og staber i foretaket på om lag 3,5 prosent. Sykehuset Innlandet vurderer at større omstillinger vil være nødvendig for å innfri dette effektiviseringskravet.

### 4.1.3 C – Utvidelse av pågående omstillingsprosesser

Sykehuset Innlandet har gjennom utredningsarbeidet «Omstilling kort sikt – økonomiplanperioden 2017-2020» vurdert mulige omstillingstiltak for å imøtekomme kortsiktige omstillings- og endringsbehov. Dette er iverksatt uavhengig av vurdering av foretakstilhørighet Kongsvinger. Styret fattet 15. desember 2016 vedtak om endringer i organisering og pasienttilbud (sak 085-2016). Helseforetaket har startet arbeidet med implementering av styrets vedtak. Det vises ellers til orienteringsmøter med Helse Sør-Øst RHF høsten 2016.

Gjennom utredningsarbeidet ble det vurdert alternative omstillingstiltak som av ulike årsaker ikke er omfattet av styrets vedtak i desember. Tiltakene vil få ulik grad av konsekvenser for pasienttilbudet og ulik økonomisk effekt. Dersom Sykehuset Innlandet får redusert opptaksområdet som følge av endring av sykehusområdetilhørighet for SI Kongsvinger, finner foretaket det riktig å gjøre en ny vurdering av innspillene i utredningen om omstillingstiltak i ØLP-perioden 2017-2020 for å tilpasse seg eventuelle nye økonomiske rammeforutsetninger.

Foretaket vil spesielt vise til mulige strukturelle endringer innen for ortopedi, kvinne/barn og kirurgi:

## Ortopedi

Utredningen vurderte følgende alternative løsninger for ortopedi:

### Alternativ 1:

- 1 tilbud i Oppland – akutt og elektivt (Gjøvik eller Lillehammer)
- 1 tilbud på Elverum – akutt og elektivt

### Alternativ 2:

- 1 tilbud – akutt og elektivt (Gjøvik/Lillehammer eller Elverum)
- 1 tilbud – *kun* elektivt (Gjøvik/Lillehammer eller Elverum)

### Alternativ 3:

- 1 samlet ortopeditilbud i Mjøsregionen (Gjøvik, Lillehammer eller Elverum)

Sykehuset Innlandet vil på bakgrunn av styresak 085-2016 etablere divisjon Gjøvik-Lillehammer og forventer at avdelingene på Gjøvik og Lillehammer bidrar til økt samhandling og oppgavefordeling med fokus på god pasientbehandling og ressursutnyttelse. Det vil likevel være akutt og elektiv ortopedi både på Gjøvik og Lillehammer i den nye divisjonen.

Administrerende direktør vurderer også å etablere divisjon Elverum-Hamar-Tynset der både Elverum og Tynset i dag har både akutt og elektiv ortopedi. Nasjonal helse- og sykehusplan gir føringer for akuttilbudet på Tynset. Foretaket finner det derfor urimelig å endre ortopeditilbudet i Hedmark etter eventuelle endringer i opptaksområdet.

Utredningen i 2016 viser følgende beregninger av økonomisk effekt for alternative løsninger 1-3 ovenfor for ortopedi:

Beregnet økonomisk effekt	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Reduksjon i vaktordning	6,5 mill. kr	6,5 mill. kr	8,5 mill. kr
Stordriftsfordeler	3 mill. kr	4 mill. kr	5 mill. kr
Samordningsfordeler	12 mill. kr	12 mill. kr	12 mill. kr
<b>Samlet økonomisk effekt</b>	<b>21,5 mill. kr</b>	<b>22,5 mill. kr</b>	<b>25,5 mill. kr</b>

## Kvinne/barn

Utredningen viste følgende alternative løsninger for kvinne/barn:

### Alternativ 1:

- Ingen endring i gyn/føde-tilbudet
- Nyfødtintensivavdelingene samles på Lillehammer, mens det er barneavdeling på både Elverum og Lillehammer

### Alternativ 2:

- Gyn/føde-avdelingen på Gjøvik gjøres om til fødestue
- Ellers ingen endring i gyn/føde-tilbudet
- Nyfødtintensiv- og barneavdelingene samles på Lillehammer

### Alternativ 3:

- Alle døgnopphold for gyn/føde i Mjøsregionen samles på Lillehammer
- Ingen endring for Kongsvinger og Tynset
- Nyfødtintensiv- og barneavdelingene samles på Lillehammer

Styret ga i sak 085-2016 sin tilslutning til at utredning av samling av tilbudet innenfor nyfødtintensiv til Lillehammer blir videreført i samsvar med prosesskravene fastsatt i «veileder for arbeidet med utviklingsplaner». Dette arbeidet starter i februar 2017. Sykehuset Innlandet foreslo ikke endringer i pasienttilbudet innenfor barn og ungdom eller gynekologi/føde i styresak 085-2016.

Utredningen i 2016 viser følgende beregninger av økonomisk effekt for alternative løsninger 1-3 ovenfor for kvinne/barn:



Beregnet økonomisk effekt	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Reduksjon i vaktordning, barn/neo	-	6,5 mill. kr	6,5 mill. kr
Stordriftsfordeler, barn		2 mill. kr	2 mill. kr
Stordrifts- og samordningsfordeler, neo	8 mill. kr	8 mill. kr	8 mill. kr
<b>Samlet økonomisk effekt, barn/neo</b>	<b>8 mill. kr</b>	<b>16,5 mill. kr</b>	<b>16,5 mill. kr</b>
Reduksjon i vaktordning, gyn/føde	-	3 mill. kr	9 mill. kr
Stordriftsfordeler, gyn/føde	-	4,5 mill. kr	9 mill. kr
Samordningsfordeler, gyn/føde	8 mill. kr	8 mill. kr	8 mill. kr
<b>Samlet økonomisk effekt, gyn/føde</b>	<b>8 mill. kr</b>	<b>15,5 mill. kr</b>	<b>26 mill. kr</b>
<b>Samlet økonomisk effekt</b>	<b>16 mill. kr</b>	<b>32 mill. kr</b>	<b>42,5 mill. kr</b>

## Kirurgi

For generell kirurgi/gastrokirurgi er følgende alternativer vurdert:

### Alternativ 1:

- Samling av generell kirurgi / gastrokirurgi på 2 steder i Mjøsregionen

### Alternativ 2:

- Samling av generell kirurgi / gastrokirurgi på 1 sted i Mjøsregionen

For kreftkirurgi er dette alternativet vurdert:

### Alternativ 1:

- Kreftkirurgi tilbys 1-2 steder i Mjøsregionen

Styret tok i sak 085-2016 til orientering at administrerende direktør legger opp til at operasjon av tykktarmskreft i Oppland samles på Gjøvik i løpet av 2017, etter at det er foretatt en risikovurdering med fokus på risikoreduserende tiltak. Arbeidet med samling av kreftkirurgien i Oppland starter høsten 2017.

Utredningen i 2016 viser følgende beregninger av økonomisk effekt for alternative løsninger for kirurgi:

Beregnet økonomisk effekt	Alternativ 1 - kreftkirurgi	Alternativ 1 – generell kirurgi / gastrokirurgi	Alternativ 2 – generell kirurgi / gastrokirurgi
Reduksjon i vaktordning	-	6,5 mill. kr	8,5 mill. kr
Stordriftsfordeler	-	3 mill. kr	5 mill. kr
Samordningsfordeler	1,5 mill. kr	4 mill. kr	4 mill. kr
<b>Samlet økonomisk effekt</b>	<b>1,5 mill. kr</b>	<b>13,5 mill. kr</b>	<b>17,5 mill. kr</b>

Sykehuset Innlandet ser det som nødvendig å vurdere endringer innenfor disse tre områdene som mulige løsninger for å tilpasse driften til en endret økonomisk situasjon dersom sykehustilhørigheten for Sykehuset Innlandet Kongsvinger overføres til Akershus universitetssykehus. Hver enkelt av endringene vil være svært krevende å gjennomføre.

### 4.1.4 Vurdering av alternativene

Det er i dette kapitlet skissert 3 mulige løsninger for å tilpasse seg den økonomiske utfordringen Sykehuset Innlandet vil stå ovenfor ved en eventuell overføring av Kongsvinger opptaksområde. Mest sannsynlig vil det være behov for å gjennomføre deler av alle tre løsninger. Det vil være behov for reduksjon av resultatmål en periode etter eventuell overføring, og dette vil påvirke investeringsmulighetene. Økt effektiviseringskrav til alle gjenværende divisjoner og staber i Sykehuset innlandet vil måtte gjennomføres, i tillegg til tilpasning av kapasitet i andre divisjoner basert på forventet redusert bruk av bla områdefunksjoner og senger innen psykisk helsevern sykehus. I tillegg vil det være behov for å se på større oppgave- og funksjonsfordelinger med større grad av samling i Mjøsområdet, for å kunne ta ut nødvendige økonomiske besparelser innenfor somatikk. Det er ikke realistisk at de somatiske divisjonene

vil kunne gjennomføre kun vanlig effektiviseringskrav uten å se på større grad av samling mellom sykehusene. Arbeidet med «Omstilling kort sikt» må derfor tas opp til nye vurdering ut fra eventuelle reduserte rammeforutsetninger. Disse omstillingene vil kunne gi økonomiske besparelser, men av erfaring vil slike omstillinger være krevende å gjennomføre i praksis. Psykisk helsevern, Medisinsk service og Prehospitaltjenester må også foreta tilpasninger og reduksjoner innen sine nye økonomiske rammer. Det vil være behov for overgangsordninger som kan være med å redusere den økonomiske utfordringen på kort sikt, slik at foretaket får tid til å foreta nødvendige omstillinger for å tilpasse seg nye rammer. Dette vil anslagsvis ta minimum 3-4 år etter overføringstidspunktet.

## 5 OPPSUMMERING

Sykehuset Innlandet har, i tråd med tilleggsbestillingen fra Helse Sør-Øst RHF, gjort ytterligere vurderinger av faglige og økonomiske konsekvenser ved en eventuell endring av foretakstilhørighet for befolkningen i Glåmdalskommunene.

Sykehuset Innlandet har i dag et ansvar for å yte helsetjenester til befolkningen i Oppland og Hedmark, noe som gir et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag til å tilby avansert spesialisert behandling og samtidig gode lokalsykehusfunksjoner nær der befolkningen bor innenfor samme sykehusområde. Ved en endret foretakstilhørighet for Sykehuset Innlandet Kongsvinger vil Sykehuset Innlandet måtte tilpasse seg nye inntektsrammer og kapasitetsbehov som krever store omstillinger.

Det er tidligere vist at det er vanskelig å tilpasse drift etter reduksjoner i opptaksområdet (jf overføring av opptaksområdet fra Oslo universitetssykehus til Akershus universitetssykehus). Det er i dette notatet beskrevet behov for generelle nedtak / tilpasninger men også omfattende strukturelle endringer.

I dette notatet er det beskrevet hvilke kostnader det er mulig å identifisere og justere og hvilke alternative omstillinger foretaket kan se for seg som mulige å gjennomføre for å tilpasse seg til endrede rammer. De ulike løsningene er alle krevende og det vil være nødvendig med overgangsordninger for å kompensere noe for inntektsbortfallet, mens foretaket tilpasser seg et redusert kapasitetsbehov.

Sykehuset Innlandet ønsker å beholde og videreutvikle spesialisthelsetjenestene til befolkningen i Glåmdalskommunene. SI Kongsvinger er i dag et godt tilbud til deler av Hedmark og i samarbeid med de andre sykehusene i Innlandet vil tilbudet utvikles videre på en god måte som en del av Sykehuset Innlandet.