

SAK NR 077 – 2016
VIDEREFØRING AV TIDLIGFASEARBEIDET I SYKEHUSET INNLANDET –
FREMLEGGELSE AV UTKAST TIL IDÉFASERAPPORT

Forslag til

VEDTAK:

1. Styret finner at utkast til idéfaserapport oppfyller plankrav slik de er fastsatt av overordnet myndighet, og vedtar å sende høringsdokumentet ut på høring.
2. Idéfaseutredningen vil sammen med samfunnsanalysen utgjøre høringsgrunnlaget. Høringen igangsettes etter at samfunnsanalysen har vært forelagt styret i møte 12. januar 2017.
3. Sammen med idéfaserapporten og samfunnsanalysen skal det følge med et høringsbrev til høringsinstansene. Høringsbrevet vil blant annet inneholde spørsmål som Sykehuset Innlandet ønsker spesielt belyst i høringsrunden. Styret ber administrerende direktør legge frem utkast til slikt høringsbrev i styremøtet 12. januar 2017.
4. Styret setter høringsfristen til fredag 12. mai 2017.
5. Styret ber om at innkomne høringsuttalelser blir forelagt styret til foreløpig gjennomgang og vurdering i møte 16. juni 2017. Det legges opp til at styret i samme møte fastsetter tidspunkt for foretakets endelige behandling av idéfaserapporten.

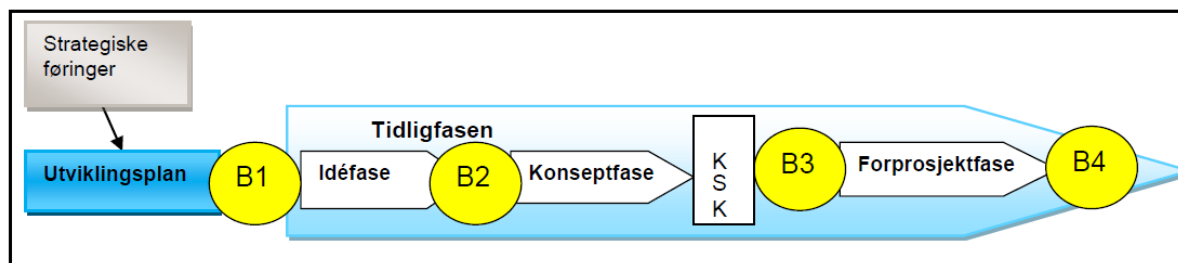
Brumunddal, 10. november 2016

Morten Lang-Ree
administrerende direktør

Bakgrunn

Innledning

Styret i Sykehuset Innlandet vedtok utviklingsplanen for foretaket i sak 046-2014 og Helse Sør-Øst ga sitt tilsagn om oppstart av idéfase i sin styresak 066-2014. Dette ga grunnlaget for å starte «tidligfasen» i foretaket.



Figur 1: Faser og beslutningspunkter i tidligfasen.¹

Idéfasen skal i tråd med veilederen presisere behovet og identifisere mulige, prinsipielle løsningsalternativer for det definerte behovet. Det omfatter både løsninger som går på virksomheten og fysiske bygningsløsninger (investeringsprosjekt). Idéfasen som denne rapporten omhandler er første fase av tidligfaseprosessene i tråd med den nasjonale veilederen (referanse).

I idéfasen skal Sykehuset Innlandet innstille overfor Helse Sør-Øst på valg av fremtidig sykehusstruktur, basert på vurderinger av faglig og økonomisk bærekraft. Arbeidet med idéfaserapporten gir grunnlag for å innstille valg av fremtidig sykehusstruktur for foretaket. Idéfaserapporten (med vedlegg) er grunnlag for videre saksbehandling og innstilling.

Organisering

Idéfasearbeidet har vært organisert med en styringsgruppe, en prosjektledelse og flere delprosjekter. Delprosjektene har rapportert til prosjektledelsen som videre har rapportert til styringsgruppe og prosjekteier. Prosjektet har blitt gjennomført av både egne ansatte i Sykehuset Innlandet, Sykehusbygg HF og eksterne konsulenter. Arbeidet ble startet mai 2015.

Involvering

Brukerperspektivet har vært ivaretatt gjennom faste orienteringer til Sykehuset Innlandets brukerutvalg. Brukerutvalget har herunder fått tilsendt ulike innspillsdokumenter og delutredninger underveis i prosessen. Brukerutvalgets leder deltar i styringsgruppen.

Gjennom idéfasearbeidet har Sykehuset Innlandet i tillegg aktivt involvert og orientert kommunene og fylkeskommunene. Dette er ivaretatt gjennom Sykehuset Innlandets politiske referansegruppe som ble opprettet i 2014. Politisk referansegruppe består av utpekte politikere fra kommunene og fylkeskommunene og har hatt regelmessige møter knyttet til idéfasearbeidet. Prosjektet har også involvert primærhelsetjenesten i arbeidet med «Delutredning om desentralisering av spesialisthelsetjenester». Arbeidsgruppen som la frem denne delutredningen 7. juli 2016, var sammensatt av sju representanter fra foretakets divisjoner og to representanter fra de lokalmedisinske sentrene i Nord-Gudbrandsdal og Valdres. Arbeidsgruppens sammensetning med leger fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten bidro til gode faglige drøftinger av videreutvikling av det desentraliserte spesialisthelsetilbudet.

¹ Helsedirektoratet, IS-1369 Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, desember 2011

Sykehuset Innlandet sine ansatte har blitt involvert gjennom hele idéfasearbeidet.

Ledere, tillitsvalgte og fagmiljøer i Sykehuset Innlandet har blitt orientert og involvert for å sikre innspill og faglig forankring blant annet gjennom innspillsdokumenter, innspillmøter og fagkonferanser.

Styret, ledergruppen og tillitsvalgte har blitt orientert løpende underveis om idéfasearbeidet.

Mandat for idéfasen

Styret behandlet utviklingsplanen i sak 046-2014 og et mandat for idéfasen i sak 047-2014. Basert på fremlagt utviklingsplan og mandat, godkjente Helse Sør-Øst i sin styresak 066-2014 oppstart av arbeidet med idéfase. Sykehuset Innlandets utviklingsplan har dessuten vært gjenstand for ekstern kvalitetssikring.

Helse Sør-Øst sitt vedtak i sak 066-2014, pkt. 2:

«Styret legger til grunn at eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022 og at fremdriften av arbeidet tilpasses dette.»

Mandatet og rammene for idéfasearbeidet som ble godkjent i 2014 har senere blitt presisert og justert. Nedenfor følger en oversikt over styresaker hvor mandat og rammer for idéfasearbeidet til Sykehuset Innlandet er behandlet:

- Styresak (SI) 046-2014, Godkjenning av SI sin utviklingsplan
- Styresak (SI) 047-2014, Godkjenning av mandat for idéfasen
- Styresak (HSØ) 066-2014, Godkjenning av oppstart for SI sin idéfase
- Styresak (SI) 040-2015, Behandling av operasjonalisering av mandatet
- Styresak (SI) 057-2015, Godkjenning av mål og vurderingskriterier som skal benyttes i idéfasen
- Styresak (HSØ) 044-2015, Behandling av Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2016-2019 og vedtak om prioritering av kommende investeringsprosjekter. Fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet var ikke av de prioriterte prosjektene i denne ØLP-perioden, og byggestart for et prosjekt i SI oppgis til tidligst å være i 2022.
- Styresak (SI) 066-2015, Behandling av konsekvens av bl.a. HSØ sak 044-2015 (ØLP 2016-2019) om tidligst byggestart i 2022. Vedtak om å legge til rette for trinnvis utvikling av ny sykehusstruktur og at fremtidig struktur skal avklares i idéfasen.
- Styresak (SI), 082-2015, Godkjenning av tilpasning av mandat til nye rammebetingelser (jfr. SI-sak 066-2015). Vedtak om styrebehandling av endelig idéfaserapport 2. kvartal 2018.
- Styresak (SI) 023-2016, Oppfordring fra styret om å fremskynde endelig behandling av idéfaserapport.
- Styresak (SI) 037-2016, Vedtak om at styret skal fatte endelig vedtak om idéfaserapport og fremtidig sykehusstruktur i juni 2017, som innebærer at idéfaserapporten legges frem for styret november 2016.

Det har ligget i føringene for idéfasearbeidet at helseforetaket skal innstille på valg av strukturell løsningsmodell, det vil si foretakets fremtidige sykehusstruktur. Idéfaserapporten rangerer og konkluderer i sin tilråding på hvilke modeller som kommer best ut.

Saksframstilling

Endringsbehovet i Sykehuset Innlandet

Utviklingsplanen for Sykehuset Innlandet fra 2014 beskriver utfordringer for fremtidens helsetjenester i kapittel 2.

I idéfaserapporten er dette arbeidet ytterligere analysert og bearbeidet. Idéfaserapportens kapittel 3 til 6 beskriver bakgrunnen for behovene for endring. Demografiske, medisinske og teknologiske utviklingstrekk betinger at Sykehuset Innlandet gjør store endringer. Disse er oppsummert i rapportens kapittel 7:

- Andelen eldre mennesker øker
- Flere behandles mer effektivt
- Høyere krav til kvalitet
- Flere fagmiljøer rundt pasienten
- Spesialisering og desentralisering
- En endret pasientrolle
- Nye teknologiske muligheter
- Behov for tilpasningsdyktige bygg

Det forventes en stor vekst i antall eldre. Andelen eldre over 70 år antas i 2040 å være større enn andelen barn og unge under 18 år. Dette betyr at det i Sykehuset Innlandets opptaksområde blir flere eldre som trenger helsetjenester og færre i arbeidsfør alder som kan utføre disse helsetjenestene. Økningen i andelen eldre bidrar til at den totale aktiviteten til Sykehuset Innlandet (antall pasientkontakter) vil øke frem til 2040. Denne økningen vil i hovedsak komme innen dagbehandling, poliklinisk behandling og dagkirurgiske inngrep, aktivitet som krever en annen kompetanse, bemanning og organisering enn hva som er tilfelle ved innleggelser og lengre sykehusopphold. Forutsatt at overføringen av aktivitet til kommunehelsetjenesten fortsetter, vil antall liggedager i Sykehuset Innlandet reduseres frem mot 2040. Det gjør at det blir mindre behov for sykehussenger. Den pågående dreiningen fra døgn- til dagaktivitet forutsetter endring og omstilling av virksomheten. Reduksjonen i antall sykehussenger bidrar til at det samlede arealbehovet er beregnet til å være mindre enn det arealet Sykehuset Innlandet har tilgjengelig i dag.

Med økt kunnskap og stadig mer avansert utstyr kan flere mennesker behandles for flere sykdommer på en bedre måte enn tidligere. Noen tjenester kan bli mer spesialiserte i større fagmiljø, mens andre tjenester kan tilbys nærmere pasientens hjem. De faglige vurderingene i rapportens kapittel 6 beskriver utviklingstrekk innen ulike fagområder. Utviklingen møter en rekke utfordringer i dagens sykehusstruktur, blant annet at:

- flere fagmiljøer er små og sårbare
- det ikke er høy kompetanse til stede hele døgnet
- somatikk, psykisk helsevern og rus behandles på ulike steder
- fagmiljøer som er avhengige av hverandre holder til på ulike steder
- flere sykehus trenger det samme utstyret
- vaktberedskap flere steder gir mindre ressurser til pasientbehandling
- sykehusene er ikke bygget for dagens arbeids- og pasientflyt
- pasienter må fraktes mellom sykehus

For å løse disse utfordringene og styrke den faglige kvaliteten i pasientbehandlingen er det behov for store endringer. Nasjonal helse- og sykehusplan nevner spesielt behovet for en bedre samordning av psykiske og somatiske helsetjenester².

Pasientene har utviklet seg fra å være passive mottakere av helsetjenester til å bli langt mer aktivt medvirkende. Denne utviklingen vil fortsette³. Forventningene til spesialisthelsetjenesten øker. Med fritt behandlingsvalg kan pasientene velge hvor de vil bli behandlet, i eller utenfor eget helseforetak eller hos private aktører. Det forsterker betydningen av at Sykehuset Innlandet gir befolkningen et bredt tilbud av spesialisthelsetjenester av høy kvalitet.

«Mange nye behandlingsformer krever avansert og dyrt utstyr og tverrfaglige, høyt spesialiserte team av fagfolk. Men vi vil også se en utvikling der vi får enklere og mer mobilt utstyr.»⁴ Den teknologiske utviklingen gir store muligheter i spesialisthelsetjenesten. For å legge til rette for denne utviklingen må det gjøres store investeringer i avansert medisinsk-teknisk utstyr og bygningsmessige tilpasninger. Større investeringer i avansert utstyr forutsetter i mange tilfeller et større pasientvolum og et spesialisert fagmiljø. En slik utvikling stiller nye kompetansekrav til sykehuset. Tjenestene må organiseres slik at investeringer i medisinsk-teknisk utstyr kommer flest mulig pasienter til gode.

Den teknologiske utviklingen legger også til rette for større grad av desentralisering. Mye utstyr blir mindre, billigere og mer tilgjengelig, slik at det kan utnyttes utenfor sykehus, i enklere behandling, dagbehandling, poliklinikk og hjemmebehandling. Flere mobile løsninger styrker den akuttmedisinske kompetansen i førstelinjetjenesten, inkludert i ambulanser. Desentralisert diagnostisering og oppfølging av kronisk syke pasienter, samt bruk av for eksempel telemedisin til bedre kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, vil øke i takt med den teknologiske utviklingen. Dette stiller krav til spesialisthelsetjenesten og fordrer en omstilling av virksomheten. Som presisert i Nasjonal helse- og sykehusplan: *«En framtidsrettet tjeneste må tilpasse seg den medisinskteknologiske utviklingen, den nye pasientrollen og endringer i demografi og sykdomsbilde.»⁵*

Kapitlene 3 til 6 i idéfaserapporten peker på store behov for tilpasning av pasienttilbudet til den medisinske og teknologiske utviklingen. Dette stiller krav til bygningsmassens egnethet og tilpasningsdyktighet for fremtidig pasientbehandling. Det er svært utfordrende å møte fremtidige krav og forventninger til bygningsmessig standard og egenskaper med dagens bygningsmasse. Sykehuset Innlandet har virksomhet på mer enn 40 steder, inkludert seks somatiske akuttstusykehus og to sentralsykehus for psykisk helsevern og rus.

Sykehuset Innlandet klarer med dagens drift ikke å skaffe tilstrekkelige midler til å vedlikeholde dagens bygningsmasse. Store deler av bygningsmassen er av eldre dato og er bygget for en annen virksomhet enn dagens. Det har gitt et betydelig etterslep i vedlikehold av bygningsmassen. Denne utfordringen vil øke i fremtiden hvis dagens struktur videreføres. Sykehuset Innlandet tilbyr i dag svært mange tjenester på veldig mange steder. For å kunne prioritere investeringsmidler til aktiv pasientbehandling, er det behov for en betydelig effektivisering av bygningsmassen.

Den sterke utviklingen innen teknologi og behandlingsformer vil kreve en fleksibel og tilpasningsdyktig bygningsmasse. For Sykehuset Innlandet vil det innebære store ombygginger og rehabilitering av eksisterende bygningsmasse eller nybygg.

² Helse- og omsorgsdepartement, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015, side 33

³ Helse- og omsorgsdepartement, St.meld. nr. 47, Samhandlingsreformen, juni 2009

⁴ Helse- og omsorgsdepartement, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015, side 25

⁵ Helse- og omsorgsdepartement, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015, side 33

Det er således mange faktorer og hensyn som nødvendiggjør strukturelle endringer og tilpasninger av spesialisthelsetjenester. Nasjonal helse- og sykehusplan omtaler endringsbehovet blant annet slik:

«For å sikre en bærekraftig utvikling må derfor omstillingstakten økes sammenlignet med tidligere år. Det vil være krevende å få til, og vil stille både tjenesten og det politiske systemet overfor store utfordringer. Det er samtidig et ansvar vi ikke kan fraskrive oss. Vi må handle nå for å legge til rette for framtidens spesialisthelsetjeneste i et perspektiv på 15-20 år. Det er stor risiko knyttet til å utsette nødvendige beslutninger som gjelder både ressurstilførsel og omstilling»⁶.

Sykehuset Innlandet må gjennomføre en omfattende omstilling for å gi befolkningen i Innlandet spesialisthelsetjenester av høy kvalitet i fremtiden.

I tillegg til disse utviklingsarbeidene som retter fokus mot et lengre tidsperspektiv, har Sykehuset Innlandet siden 2012 gjennomført flere utredninger for å tilpasse driften til stadig mer krevende rammebetingelser. Flere av disse utredningene peker på behovet for å gjøre strukturelle endringer i foretaket.

Samlet sett er det et stort behov for endring av virksomheten og sykehusstrukturen i Sykehuset Innlandet.

Utredningsmodeller

I tråd med tidligfaseveilederen⁷ skal det i idéfasen avklares hvilke av de utredede alternativ som er «liv laga». At et prosjekt (eller en løsning) er «liv laga» innebærer at det er:

- *Relevant* – og dermed oppfyller de overordnede målene som gjelder for helseforetaket.
- *Gjennomførbart* – og dermed kan gjennomføres innenfor helseforetakets finansielle handlingsrom.
- *Levedyktig* – ved at helseforetakets økonomiske bæreevne kan opprettholdes gjennom prosjektets levetid.

I idéfaseutredningen er det i henhold til mandatet sett på en helhetlig løsning for hele Innlandet. For å kunne fortsette å tilby moderne tjenester til hele Oppland og Hedmark har det vært avgjørende å vurdere ulike modeller for fremtidig somatisk sykehusstruktur i Mjøsregionen (definert som Elverum, Gjøvik, Hamar og Lillehammer):

1. Fremtidig modell med nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua
2. Fremtidig modell med 2 store akuttisykehus i Mjøsregionen
3. Fremtidig modell med 3 store akuttisykehus i Mjøsregionen
4. Fremtidig modell med 4 akuttisykehus i Mjøsregionen
(nullalternativet, videreføring av dagens modell)

I tillegg inneholder idéfasearbeidet utredning av tilbudet innenfor øvrig somatisk spesialisthelsetjeneste ved Tynset, Kongsvinger, de lokalmedisinske sentre i Valdres og i Nord-Gudbrandsdal, samt tilbudet innenfor psykisk helsevern og rus, habilitering/rehabilitering og prehospitaltjenester.

I utredningen er betegnelsen sentralsykehuspsykiatri benyttet. Dette henspiller til at dette er begrepet som brukes i dag på tjenestene som tilbys på psykiatriske sykehus i Innlandet. I arbeidet fremover vil begrepet sykehuspsykiatri bli benyttet.

⁶ Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St. 11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015, side 25.

⁷ Helsedirektoratet, IS-1369 Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, desember 2011

Innenfor hver av de fire modellene finnes flere ulike alternativer til sykehusstruktur. Til utredningsarbeidet ble det utarbeidet 17 ulike strukturelle løsningsmodeller. Disse 17 alternativene representerer bredden i mulige fremtidige sykehusstrukturer, og er fremkommet på bakgrunn av eksterne og interne medvirkningsprosesser.

De 17 modellalternativene er beskrevet skjematisk for hver hovedmodell i idéfaserapporten og i etterfølgende drøfting. Det er fem alternativer (1A-1E) som representerer fremtidig strukturell løsningsmodell med et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua, seks alternativer som representerer fremtidig modell med to store akuttisyekehus i Mjøsregionen (2A-2F), fem alternativer med tre store akuttisyekehus i Mjøsregionen (3A-3E) og ett alternativ med fire akuttisyekehus i Mjøsregionen (nullalternativet).

Som beskrevet i idéfaserapportens kapittel 2.2.3 ble fire effektmål for ny sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet vedtatt i styresak 057-2015. Disse effektmålene er:

1. Trygge og gode tilbud
2. God tilgjengelighet
3. Organisering som underbygger gode pasientforløp
4. God ressursutnyttelse

For hvert av de fire effektmålene er det i samme styresak definert en rekke vurderingskriterier. Ut fra disse er de ulike modellene vurdert ut fra hvor godt (ingen, dårlig, gjennomsnittlig, god, særlig god) de oppfyller vurderingskriteriene og dermed effektmålene. Vurderingen av disse fremgår av idéfaserapportens kapittel 8.2.

Hovedsykehusmodell (modell med ett stort akuttisyekehus ved Mjøsbrua)

De faglige vurderingene av virksomhetsutviklingen frem mot 2040, oppsummert i idéfaserapportens kapittel 6, peker på større krav til spesialisering og tverrfaglighet for å kunne tilby pasienter den beste, mest helhetlige, sammenhengende og effektive behandlingen. Ut fra dette faglige perspektivet vurderes en samling av funksjoner, både somatiske og psykiatriske, i et hovedsykehus som den beste fremtidige løsningen for pasientene innenfor mange av fagområdene. Gjennomgangen av sentrale pasientforløp i Sykehuset Innlandet gjort i rapporten Faglige utviklingstrekk mot 2040, sett i sammenheng med befolkningsgrunnlaget i Innlandet, indikerer behovet for å samle funksjoner for å oppnå et tilstrekkelig behandlingvolum. Et tilstrekkelig behandlingvolum legger til rette for økt spesialisering innen flere pasientforløp. Det gir bedre mulighet til å oppnå høyere kvalitet i pasientbehandlingen, og en trygg og likeverdig behandling for pasientene.

Befolkningsutviklingen, med en større andel eldre, stadig nye behandlingstilbud og endring i sykdomsutvikling krever spisskompetanse. Større pasientvolum legger til rette for robuste fagmiljøer og kan gi høyere kvalitet. I tillegg til behovet for tilstrekkelig behandlingvolum innenfor hvert fagområde, er det i delrapporten Faglige utviklingstrekk mot 2040 pekt på behovet for samling av spesialiserte funksjoner (akutte områdefunksjoner) for å kunne ha tilgang på relevant og riktig kompetanse på stedet pasienten tas imot. Mange av fagområdene har faglige avhengigheter til hverandre, spesielt i akutte situasjoner. Størst mulig grad av samling oppnås i hovedsykehusmodellen.

Tabell 1, Utredningsalternativ, fremtidig modell med nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua

	Utredningsmodeller	Stort akuttpsykehus	Akuttpsykehus med indremedisin, anestesi og elektiv heldøgnskirurgi	Akuttpsykehus med indremedisin, anestesi og dagkirurgi	Sykehus uten akuttfunksjoner	Psykisk helsevern og rus (sentralsykehusfunksjonene) (Hovedscenario)
Et stort akuttpsykehus i Mjøsregionen	Fremtidig modell med hovedsykehus ved Mjøsbrua Alternativ 1A	Mjøsbrua	SI Tynset*	SI Kongsvinger	LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles ved hovedsykehuset
	Fremtidig modell med hovedsykehus ved Mjøsbrua Alternativ 1B	Mjøsbrua	SI Kongsvinger SI Tynset*	SI Elverum SI Lillehammer	SI Hamar SI Gjøvik LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles ved hovedsykehuset
	Fremtidig modell med hovedsykehus ved Mjøsbrua Alternativ 1C	Mjøsbrua	SI Elverum SI Tynset*	SI Kongsvinger	SI Hamar SI Lillehammer SI Gjøvik LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles ved hovedsykehuset
	Fremtidig modell med hovedsykehus ved Mjøsbrua Alternativ 1D	Mjøsbrua SI Kongsvinger	SI Tynset*	SI Elverum SI Lillehammer	SI Gjøvik SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Sanderud, SI Reinsvoll flyttes til SI Gjøvik
	Fremtidig modell med hovedsykehus ved Mjøsbrua Alternativ 1E	Mjøsbrua	SI Elverum SI Lillehammer SI Tynset*		SI Hamar SI Gjøvik SI Kongsvinger LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud

*) SI Tynset beholder akuttkirurgi i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

**) Det er to LMS i dag i Nord-Gudbrandsdal og i Valdres. Det planlegges i tillegg et LMS i Hadelandsregionen

***) Det er totalt fem DPS-er fordelt på 13 geografiske steder i dag

Hovedsykehusmodellene er vurdert til å ha samlet sett god oppfyllelse av effektmålene, bedre enn ved to- og tre-sykehusmodellene. Samling av funksjoner i et nytt hovedsykehus legger til rette for trygge og gode tilbud, god tilgjengelighet og god ressursutnyttelse. I tillegg til fordelene en samling av funksjoner gir, vil etablering i nybygg gi moderne og gode behandlingsfasiliteter (bygg) og en tilstrekkelig fleksibel bygningsmasse på en tomt med utvidelsesmuligheter, slik at fremtidig utvikling og endring av aktivitet kan ivaretas. Effektmålet om en organisering som underbygger gode pasientforløp innebærer vurderingskriterium om desentraliserte tjenester. Hovedsykehusmodellene oppfyller dette kriteriet på en god måte, fordi en samling vil frigjøre ressurser som kan benyttes desentralt.

Det er i idéfasen analysert alternativer av hovedsykehusmodellen med og uten sentralsykehuspsykiatrien samlet i hovedsykehuset. Selv om samling medfører et større behov for nybyggarealer og dermed høyere investeringskostnader, er det vurdert at faglige gevinster er så betydelige at det anbefales å samle somatikk, psykisk helsevern og rus på et hovedsykehus. En slik samlokalisering, med blant annet felles akuttmottak og et rusakuttmottak, gir bedre forutsetninger for å behandle flere tilstander hos pasienten samtidig og på samme sted. Dette er spesielt ønskelig for noen typer pasientforløp, som for eksempel spiseforstyrrelser, forgiftningstilstander og alderspsykiatri.

En samling av somatikk, psykisk helsevern og rus i tråd med tydelige føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan:

«Regjeringen legger derfor til grunn at framtidens sykehus i størst mulig grad bør samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, slik at pasientene kan få et helhetlig tilbud på samme sted. Regjeringen legger også til grunn at store deler av tilbudet ved de tradisjonelle psykiatriske sykehusene fases ut i takt med at nye og bedre tjenester samlokaliseres i alminnelige sykehus og distriktspsykiatriske sentre.»

Samling av sentralsykehuspsykiatrien i et hovedsykehus gir også noen større økonomiske driftsgevinster.

Et nytt sykehus gir store muligheter til å tilpasse bygningsstrukturen etter virksomheten, og dermed store muligheter for å kunne drive effektiv og god pasientbehandling. Logistikken internt på sykehuset og transportmuligheter til sykehuset vurderes til å kunne bli bedre i et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua enn det vil være mulig å få til i eventuelle utvidelser av eksisterende sykehus i Mjøsregionen. Mulighetsstudiene, som har vurdert realiseringsmulighetene til de ulike modellene, viser at hovedsykehusmodellen har særlig gode realiseringsmuligheter. Sett fra et teknologiutviklingsperspektiv er også hovedsykehusmodellen den mest hensiktsmessige modellen. Et nytt hovedsykehus gir gode muligheter for å tilpasse bygningsstrukturen til teknologiske krav, samtidig som en samling av funksjoner legger til rette for å unngå at det må investeres i det samme utstyret flere steder.

Alternativene i hovedsykehusmodellen har overordnet et høyere beregnet investeringsnivå enn de andre modellene. Beregnet investeringsnivå er høyt for alle modellene, inkludert nullalternativet. De økonomiske analysene viser at alle modellene har bæreevne på foretaksnivå (bæreevne ved bruk av oppspart egenkapital), men kun hovedsykehusmodellene opprettholder bæreevnen ved endringer i overordnede forutsetninger, som følge av høyere beregnede økonomiske driftseffekter. De økonomiske analysene viser at bæreevnen er bedre ved større grad av samling. Hovedsykehusmodellen har betydelig bedre bæreevne enn de andre modellene.

Modellen med hovedsykehus forutsetter en etablering nær fylkesgrensen på øst- eller vestsiden av Mjøsbrua. En slik beliggenhet er sentral i foretaksområdet ut fra den fremskrevne befolkningsutviklingen mot 2040, og ligger omtrent midt mellom byene Hamar, Gjøvik og Lillehammer i kjøreavstand (ca. 15-30 minutter med bil). Avstanden til Elverum er noe lengre (ca. 50 minutter med bil). For en del av pasientene og de ansatte vil en etablering ved Mjøsbrua innebære noe lengre reisevei til nærmeste store akuttisykehus, enn det som er tilfelle med dagens sykehusstruktur. Alternativene med ett eller flere akuttisykehus i Mjøsregionen i tillegg til hovedsykehuset, (1B-1E), innebærer kortere reisevei for noen til nærmeste akuttisykehus for de vanligste indremedisinske sykdommer enn alternativ 1A. Alle modellene med hovedsykehus ved Mjøsbrua er vurdert å best sikre drift og utvikling fram til innflyttingen i et nytt bygg.

For rekruttering av god faglig kompetanse, er det ønskelig å samle mest mulig aktivitet ved et hovedsykehus. Fordelen ved å kunne tilby et stort fagmiljø og større pasientvolum innenfor flere spesialiteter ansees som større enn ulempen knyttet til økt reiseavstand for ansatte, forutsatt at sykehuset plasseres ved Mjøsbrua. I et pasientperspektiv ansees gevinsten ved å ha et samlet faglig godt spesialisthelsetjenestetilbud på ett sykehus som større enn ulempen knyttet til en lengre reisevei. Dette gjelder spesielt hvis tjenester som kan desentraliseres er desentralisert i resten av foretaksområdet. Med et tilbud med poliklinikk og dagbehandling, også utenfor hovedsykehuset, vil flere kontakter med spesialisthelsetjenesten kunne ivaretas i hele Innlandet.

I vurderingen av 1C er det også sett på muligheten av å utvikle sykehuset på Elverum i retning av en stor elektiv enhet uten akutt indremedisin (som Sykehuset Østfold Moss). Flere fagmiljøer i Sykehuset Innlandet peker på utfordringer ved sykehus med indremedisinske avdelinger uten gastrokirurgi. En variant av modell 1C uten akutt indremedisin på Elverum vil innebære en større grad av samling av akutte funksjoner på hovedsykehuset, samtidig som en får en stor skjermet elektiv enhet i ortopedi sammen med andre dag- og poliklinikktilbud utenfor hovedsykehuset. Dette vil en effektiv og faglig god løsning, som også ivaretar beredskapshensyn.

Hovedsykehusmodellen med samling av somatikk, psykisk helsevern og rus i et hovedsykehus er relevant, gjennomførbar og levedyktig. Den vurderes derfor til å være «liv laga», i tråd med kravene i tidligfaseveilederen⁸. Av hovedsykehusmodellene vurderes de justerte alternativene av modell 1A (med poliklinikk og dagbehandling i dagens sykehusbyer) og 1C (med Elverum som rent elektivt sykehus) til å være de beste, da disse svarer best ut de faglige og økonomiske kravene til fremtidens pasientbehandling.

To-sykehusmodellen (to store akuttisykehus i Mjøsregionen)

To-sykehusmodellen med to store akuttisykehus i Mjøsregionen bidrar til å realisere stor grad av samling av de somatiske spesialisthelsetjenestene i Sykehuset Innlandet. Det gjelder spesielt i alternativene hvor akutte områdefunksjonene er samlet ved ett av de to store akuttisykehusene (2B-2F). Behovet for samling av tilstrekkelig volum for å kunne gi den beste behandlingen til pasientene dekkes i noen grad i disse alternativene, dog i mindre grad enn i hovedsykehusmodellen. I rapporten Faglige utviklingstrekk mot 2040 er det vurdert at samling til større og mer robuste fagmiljøer er riktig for mange av pasientforløpene i et helseforetak på størrelse med Sykehuset Innlandet. På grunn av faglige avhengigheter, spesielt knyttet til akutte situasjoner, er det også i rapporten vurdert at samling av funksjoner er viktig i en fremtidig sykehusstruktur for å kunne tilby pasientene nødvendig behandling på stedet de tas imot. De viktigste akutte områdefunksjonene er samlet i 2B-2F. Alternativ 2A medfører betydelig funksjonsfordeling og vil ha utfordringer med å tilfredsstille den nødvendige samlingen av fag som er avhengige av hverandre. I tillegg vil alternativ 2A medføre behov for samme kompetanse, utstyr og bemanning flere steder.

I to-sykehusmodellene er det aktivitet igjen i alle dagens somatiske sykehus. To-sykehusmodellene tilfredsstiller på tilsvarende eller bedre måte enn alternativene i ett-sykehusmodellen behovet for desentraliserte spesialisthelsetjenester målt kun utfra benyttet areal utenfor de to store akuttisykehusene. Foretaket vil imidlertid ha større muligheter til å desentralisere tjenester i en hovedsykehusmodell enn en to-sykehusmodell, og utviklingsmulighetene er vurdert å være bedre. Et godt desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud vil, ifølge vurderingene i rapporten Faglige utviklingstrekk mot 2040, kunne bidra til bedre overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg vil desentraliserte spesialisthelsetjenester redusere behovet for lengre reiser til sykehuset for pasientene. Dette gjelder spesielt for kronisk syke pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester ofte. Som nevnt over er balansen mellom sentralisert og desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud vektlagt i effektmålene om trygge og gode tilbud, god tilgjengelighet, organisering som underbygger gode pasientforløp og god ressursutnyttelse. To-sykehusmodellen oppfyller overordnet sett effektmålene til en viss grad. Alternativene 2C og 2E (alternativene med Sanderud som stort akuttisykehus med akutte områdefunksjoner) er vurdert til å oppfylle effektmålene bedre enn de andre alternativene av to-sykehusmodellen. Dette begrunnes med samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og rus, samt at denne løsningen innebærer ny bygningsmasse for somatikk og delvis for psykisk helsevern og rus.

⁸ Helsedirektoratet, IS-1369 Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, desember 2011

Tabell 2, Utredningsalternativ, fremtidig modell med to store akuttstusykehus i Mjøsregionen

	Utredningsmodeller	Stort akuttstusykehus	Akuttstusykehus med indremedisin, anestesi og elektiv heldøgnskirurgi	Akuttstusykehus med indremedisin, anestesi og dagkirurgi	Sykehus uten akuttfunksjoner	Psykisk helsevern og rus (sentralsykehusfunksjonene) (Hovedscenarior)
To store akuttstusykehus i Mjøsregionen	Fremtidig modell med to store akuttstusykehus i Mjøsregionen Alternativ 2A	SI Elverum SI Lillehammer	SI Tynset*	SI Kongsvinger	SI Hamar SI Gjøvik LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Sanderud, SI Reinsvoll flyttes til SI Gjøvik
	Fremtidig modell med to store akuttstusykehus i Mjøsregionen Alternativ 2B	SI Lillehammer SI Elverum SI Kongsvinger	SI Tynset*	SI Gjøvik	SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud
	Fremtidig modell med to store akuttstusykehus i Mjøsregionen Alternativ 2C	SI Sanderud SI Gjøvik	SI Tynset*	SI Lillehammer SI Kongsvinger	SI Elverum LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles på SI Sanderud
	Fremtidig modell med to store akuttstusykehus i Mjøsregionen Alternativ 2D	SI Gjøvik SI Elverum	SI Kongsvinger SI Tynset*		SI Lillehammer SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud
	Fremtidig modell med to store akuttstusykehus i Mjøsregionen Alternativ 2E	SI Sanderud SI Lillehammer	SI Tynset*	SI Gjøvik SI Kongsvinger	SI Elverum LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles på SI Sanderud
	Fremtidig modell med to store akuttstusykehus i Mjøsregionen Alternativ 2F	SI Elverum SI Gjøvik	SI Tynset*	SI Lillehammer	SI Hamar SI Kongsvinger LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud

*) SI Tynset beholder akuttkirurgi i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

**) Det er to LMS i dag i Nord-Gudbrandsdal og i Valdres. Det planlegges i tillegg et LMS i Hadelandsregionen

***) Det er totalt fem DPS-er fordelt på 13 geografiske steder i dag

Mulighetsstudiene, beskrevet i idéfaserapportens kapittel 8, har vurdert realiseringsmulighetene for utvidelse på de eksisterende sykehus til de ulike modellene. Etablering av et stort akuttstusykehus med akutte områdefunksjoner i en to-sykehusmodell tilsier en betydelig økning i aktivitetsvolum i forhold til det som er på dagens sykehus. Mulighetsstudiene viser at det er svært vanskelig å etablere gode løsninger for et stort akuttstusykehus med akutte områdefunksjoner på eksisterende sykehus på grunn av de store utvidelsene som er nødvendig.

Alternativ 2B, med Lillehammer som stort akuttstusykehus med akutte områdefunksjoner, er vurdert til å ha gjennomsnittlig til gode bygningsmessige utvidelsesmuligheter for beregnet arealbehov. Utvidelse utover dette for å samle sentralsykehuspsykiatrien på Lillehammer, er vurdert til å være vanskelig realiserbart.

Alternativ 2D, med Gjøvik som stort akuttstusykehus med akutte områdefunksjoner, fordrer rivning av eksisterende bygg hvor det i dag er DPS og ambulansetjeneste. Selv om utbygging av beregnet arealbehov for akutte somatiske områdefunksjoner er teoretisk mulig, vil det i 2D være liten mulighet for i tillegg å samle sentralsykehusfunksjonene i psykisk helsevern, rus og samme sted. En eventuell videre utvidelse senere på Gjøvik vil være utfordrende innenfor dagens tomteareal.

Alternativ 2F, med Elverum som stort akuttpsykehus med akutte områdefunksjoner, medfører utvidelse av areal tilsvarende til dagens areal i eksisterende bygg. Det er vurdert at dette vil kreve store tilbygg to til tre steder på tomta. Dette medfører at det vil bli vanskelig å muliggjøre en samling av sentralsykehusfunksjonene i psykisk helsevern og rus samme sted. En eventuell senere utvidelse på Elverum vil være utfordrende innenfor dagens tomteareal. Tilsvarende vurdering er gjort av utvidelsesmulighetene på Elverum i alternativ 2A, der de akutte områdefunksjonene er fordelt mellom Elverum og Lillehammer. I 2A er beregnet utvidelsesbehov av bygningsmassen på Elverum ca. 50 %. Dette er mulig, men utfordrende innenfor dagens tomteareal.

Isolert sett ut fra mulighetsstudiene er alternativene av to-sykehusmodellen med stort akuttpsykehus med akutte områdefunksjoner på Sanderud (2C og 2E) vurdert som like gode og realiserbare som modellen med hovedsykehus ved Mjøsbrua. Et stort akuttpsykehus på Sanderud innebærer bygging av nytt sykehus på en tomt med store utbyggingsmuligheter, inkludert eventuelle utvidelser utover beregnet arealbehov i 2040.

Investeringskostnadene til to-sykehusmodellene er beregnet til å være på samme nivå som eller lavere enn ved ett-sykehusmodellene. Alternativene i to-sykehusmodellen med Sanderud som stort akuttpsykehus med akutte områdefunksjoner (2C og 2E) har en tilsvarende investeringskostnad som de rimeligste alternativene av ett-sykehusmodellen. Dette er som følge av at Sanderud-alternativene innebærer bygging av nytt stort sykehus. Det er beregnet økonomisk bæreevne på foretaksnivå for begge to-sykehusmodellene som det er gjort økonomiske analyser av. Ut fra disse analysene er det bedre økonomisk bæreevne med en to-sykehusmodell med samling av akutte områdefunksjoner i ett av de eksisterende sykehusene i Mjøsregionen enn i modellene med nytt sykehus på Sanderud. Bæreevnen til to-sykehusmodellene er, uavhengig av alternativ, dårligere enn for ett-sykehusmodellen. Dette skyldes at de økonomiske driftsbeparelserne i en to-sykehusmodell er lavere enn for ett-sykehusmodellen.

I de ulike alternativene av to-sykehusmodellen er sykehuspsykiatrien enten beholdt som i dag på Sanderud og Reinsvoll (2B, 2D og 2F), lokalisert på Sanderud og Gjøvik (Reinsvoll-aktivitetsvolumet) eller samlet med somatikken på Sanderud som stort akuttpsykehus med akutte områdefunksjoner (2C og 2E). For alternativene 2C og 2E viser en beregning at investeringskostnaden blir høyere hvis man ikke samler sykehuspsykiatrien på Sanderud. Dette følger av at eksisterende lokaler kan utnyttes bedre ved samling. Behovet for nybygg til sykehuspsykiatri ved samling på Sanderud er mindre enn arealbehovet til Reinsvollaktiviteten alene.

I rapporten Faglige utviklingstrekk mot 2040 er det vurdert som faglig riktig å samle hele eller deler av sykehuspsykiatrien i et stort somatisk akuttpsykehus med akutte områdefunksjoner. Dette er ikke oppfylt i modellene 2B, 2D og 2F. En variant av modellene kan være å flytte sykehuspsykiatriaktivitet tilsvarende Sanderud og Reinsvoll, eller kun Reinsvoll-volumet, til sykehuset med akutte områdefunksjoner i hhv. alternativ 2B, 2D og 2F. Dette vil bidra til at kriteriet knyttet til å samlokalisere de viktigste funksjonene innen somatikk, psykiatri og rus blir oppfylt, men dette vil bli svært krevende å realisere da det vil medføre behov for et betydelig større areal enn beregnet i modellene.

Totalt sett anbefales ikke to-sykehusmodellene. Modellene legger dårlig til rette for en samlokalisering av somatikk med sentralsykehusfunksjonene i psykiatri og rus. Det er risiko for at det stedet en investerer i ny bygningsmasse og samler akutte områdefunksjoner på sikt vil utvikle seg til å bli et fremtidig hovedsykehus for Innlandet. Dette vil da ligge mindre sentralt for den samlede befolkningen i Innlandet enn alternativet med Mjøsbrua. De videre utviklingsmulighetene på dagens tomter er begrensede, med unntak av Sanderud.

Tre-sykehusmodellen (tre store akuttpsykehus i Mjøsregionen)

Modellen med tre store akuttpsykehus i Mjøsregionen innebærer en viss grad av samling av de somatiske spesialisthelsetjenestene i Sykehuset Innlandet. Det er utredet alternativer med samling av akutte områdefunksjoner og en modell der disse funksjonene er fordelt mellom ulike sykehus.

En tre-sykehusmodell, med eller uten stort akuttpsykehus med akutte områdefunksjoner, vil ut fra de faglige vurderingene om fremtidige forventninger og krav til virksomheten beskrevet i rapporten Faglige utviklingstrekk mot 2040, ikke være en egnet sykehusstruktur. Denne modellen innebærer mindre grad av samling og vil ikke tilfredsstillere flere fagområders krav til pasientvolum og samling av fag med faglige avhengigheter for å kunne tilby sammenhengende og effektive pasientforløp. De fleste alternativene av tre-sykehusmodellen oppfyller ikke effektmålene på en tilfredsstillende måte. Kun alternativet med Sanderud som stort akuttpsykehus med akutte områdefunksjoner er vurdert til å oppfylle effektmålene tilfredsstillende.

Tabell 3, Utredningsalternativ, fremtidig modell med tre store akuttpsykehus i Mjøsregionen

	Utredningsmodeller	Stort akuttpsykehus	Akuttpsykehus med indremedisin, anestesi og elektiv heldøgnskirurgi	Akuttpsykehus med indremedisin, anestesi og dagkirurgi	Sykehus uten akuttfunksjoner	Psykisk helsevern og rus (sentralsykehusfunksjonene) (Hovedscenario)
Tre store akuttpsykehus i Mjøsregionen	Fremtidig modell med tre store akuttpsykehus i Mjøsregionen Alternativ 3A	SI Elverum SI Gjøvik SI Lillehammer	SI Tynset*	SI Kongsvinger	SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud
	Fremtidig modell med tre store akuttpsykehus i Mjøsregionen Alternativ 3B	<u>SI Gjøvik</u> SI Elverum SI Lillehammer SI Kongsvinger	SI Tynset*		SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud
	Fremtidig modell med tre store akuttpsykehus i Mjøsregionen Alternativ 3C	<u>SI Lillehammer</u> SI Elverum SI Gjøvik	SI Kongsvinger SI Tynset*		SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud
	Fremtidig modell med tre store akuttpsykehus i Mjøsregionen Alternativ 3D	<u>SI Sanderud</u> SI Lillehammer SI Gjøvik	SI Tynset*		SI Elverum SI Kongsvinger LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles på SI Sanderud
	Fremtidig modell med tre store akuttpsykehus i Mjøsregionen Alternativ 3E	<u>SI Elverum</u> SI Gjøvik SI Lillehammer	SI Tynset*	SI Kongsvinger	SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll og SI Sanderud

*) SI Tynset beholder akuttkirurgi i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

**) Det er to LMS i dag i Nord-Gudbrandsdal og i Valdres. Det planlegges i tillegg et LMS i Hadelandsregionen

***) Det er totalt fem DPS-er fordelt på 13 geografiske steder i dag

De fleste alternativene av tre-sykehusmodellen oppfyller ikke effektmålene på en tilfredsstillende måte. Kun alternativet med Sanderud som stort akuttpsykehus med akutte områdefunksjoner er vurdert til å oppfylle effektmålene på en tilfredsstillende måte. Hvis en ved sykehuset med akutte områdefunksjoner i de andre modellene også samler sentralsykehuspsykiatrien, vil disse også svare noe bedre på effektmålene. Tre-sykehusmodellen oppfyller effektmålene dårligere enn to-sykehusmodellen.

Investeringskostnadene for alternativene av tre-sykehusmodellen er beregnet til å være omtrent på samme nivå som to-sykehusmodellen. Den beregnede bæreevnen er dårligere. Tre-sykehusmodellen representerer en mindre endring av sykehusstrukturen og gir begrenset driftseffektivisering sammenlignet med dagens sykehusstruktur. Tre-sykehusmodellen innebærer også noe nybygg. Det er vurdert til å være gjennomsnittlig til god mulighet for å realisere nødvendige nybygg på respektive tomter

Tre-sykehusmodellen gir liten mulighet til å tilfredsstillende faglige forventninger og krav til virksomheten. Modellen vurderes til ikke å være relevant. Selv om det er beregnet at tre-sykehusmodellen kan være økonomisk levedyktig og gjennomførbar, vurderes denne hovedmodellen til ikke å være «div laga» som fremtidig sykehusstruktur.

Nullalternativet (modell med fire akutt sykehus i Mjøsregionen)

Nullalternativet innebærer dagens sykehusstruktur i Innlandet, det vil i denne sammenhengen si sykehusene i Elverum, Gjøvik, Hamar, Lillehammer, Kongsvinger, Tynset, Reinsvoll og Sanderud, samt avdelinger for habilitering/rehabilitering.

Alternativet tar utgangspunkt i dagens konsept/løsning for sykehusdriften med fremskrivning av pasientgrunnlaget frem til 2040. Nullalternativet vil i enda mindre grad enn tre-sykehusmodellene svare ut de faglige kravene til virksomheten som er presentert i rapporten Faglige utviklingstrekk mot 2040. Dette alternativet oppfyller effektmålene på en lite tilfredsstillende måte.

Det samlede investeringsbehovet til alternativet inkluderer ordinært vedlikehold, utskiftninger og supplerende kartlegging innen strømforsyning, brannsikkerhet, HMS (inkl. innklima) og bygningsfysikk. Videre tar beregningene av investeringsbehovet av nullalternativet hensyn til vedtatte tiltak som er i gang eller har fått bevilgning, samt tiltak som er nødvendige for å sikre nullalternativet en sammenlignbar levetid som øvrige alternativer. Fremtidige funksjonsfordelinger mellom sykehusene er ikke hensyntatt.

Kostnadene for nullalternativet er beregnet for å gi et sammenligningsgrunnlag mot andre foreslåtte sykehusstrukturer. De beregnede investeringskostnadene inkluderer nødvendige ombygginger, påkrevde nybygg eller reduksjon i arealbehov og nødvendige oppgraderinger for å tilfredsstillende gjeldende lover og forskrifter. I tillegg til investeringskostnadene inkluderer totalkostnaden til nullalternativet vedlikehold i et tidsperspektiv frem til 2040.

Investeringsnivået til en fire-sykehusmodell er beregnet til å være omtrent på nivå med de to- og tre-sykehusmodellalternativene som ikke innebærer nybygg av et nytt sykehus på Sanderud. Bæreevnen til fire-sykehusmodellen er sammenlignbar med nullalternativet. Nullalternativet har økonomisk bæreevne, men er den modellen som er mest sensitiv ved endring av de overordnede forutsetninger (rente, levetid). Nullalternativet vurderes med dette til å ikke være «div laga».

SI Tynset og SI Kongsvinger

I alle modellene er sykehuset på Tynset definert som en variant av akutt sykehus i henhold til presiseringer i Nasjonal helse- og sykehusplan⁹, som beskrevet i kapittel 8 (dog med unntak av befolkningsunderlaget). Virksomheten på Tynset er dermed lite direkte påvirket av valg av strukturmodell. Likevel vurderes det som viktig for virksomheten på SI Tynset at Sykehuset Innlandet har et sterkt samlet fagmiljø innenfor de spesialiteter hvor Tynset skulle ha behov for å konsultere større fagmiljøer. I situasjoner hvor pasientene ikke kan ferdigbehandles på sykehuset på Tynset, vurderes det også ønskelig at pasientene kan fraktes til samme sykehus uavhengig av diagnose eller komplikasjoner, selv om dette ikke er utredet spesifikt.

⁹ Helse- og omsorgsdepartement, Meld. St.11, Nasjonal Helse – og sykehusplan (2016-2019), november 2015, side 113

Sykehuset på Kongsvinger er i alle modellene (ett-, to-, tre- og fire-sykehusmodellene) definert som enten et stort akuttisykehus, akuttisykehus med heldøgnskirurgi, akuttisykehus med kun elektive kirurgi eller sykehus uten akuttfunksjoner med poliklinikk og dagbehandling. Det er utredet ulike aktivitetsvolum og typer virksomhet på Kongsvinger i alle modellene. På grunn av den pågående prosessen i Helse Sør-Øst om avklaring av foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus, foreslås det at nærmere beskrivelse av funksjonen til Kongsvinger avklares i konseptfasen. Aktivitetsvolumet på Kongsvinger vil påvirke kapasitetsbehovet for de øvrige akuttisykehusene i Sykehuset Innlandet. Gjennom de ulike utredningene er det vurdert at foretakstilhørighet for Kongsvinger ikke påvirker den samlede vurderingen og anbefalingen om fremtidig sykehusstruktur.

Desentraliserte spesialisthelsetjenester

Sykehuset Innlandet har som en av sine føringer at foretaket skal «sentralisere det som må sentraliseres og desentralisere det som kan desentraliseres». I lys av den teknologien som eksisterer og benyttes nasjonalt og internasjonalt samt de mulighetene man allerede nå kan forutse, vil et stort antall tjenester i fremtiden kunne foregå utenfor den eller de akutte sykehusene rundt Mjøsa. En stor del av spesialisthelsetjenesten kan foregå i:

- Pasientens hjem med telemedisinske løsninger, velferdsteknologi, sensorteknologi, web-baserte tjenester etc.
- Kommunale helsehus/intermediærenheter/legevaktssentraler eller lignende med mobile spesialisthelsetjenester/telemedisinske løsninger
- Lokalmedisinske sentre/distriktpsikiatriske sentre
- Sykehus uten akuttfunksjoner

Arbeidsgruppen som har utarbeidet rapporten om desentraliserte tjenester har gitt følgende råd til områder som kan desentraliseres¹⁰:

- I størst mulig grad selekterte og forhåndsdefinerte pasientgrupper
- Pasienter der man ikke forventer et intensivbehov eller akutt alvorlig forverring av tilstanden
- Pasienter der diagnostikk er utført ved akuttisykehus, og der behandling er påstartet eller behandlingsplan utarbeidet og personell ved f.eks. et lokalmedisinsk senter kan utføre/videreføre behandlingen. Samtidig må man ikke forvente at pasienten vil få et intensivbehov
- «Etterbehandling» etter sykehusopphold. Et eksempel kan være videreføring av intravenøse antibiotikakurer eller rehabilitering etter hjerneslag, brudd eller kirurgi. Det bør være mulighet for telemedisinsk kommunikasjon mellom lege ved f.eks. lokalmedisinsk senter (kommunal lege) og behandlende sykehuslege
- Lindrende behandling (palliativ behandling) der behandlingsopplegg er utarbeidet. Behandling av pasienter ved livets slutt, pasienter med ulike former for smertelindring (smertepumper, epidurale og spinale katetre).
- Dehydrering hvor «enkel væsketerapi» forventes å løse problemet (gastroenteritter etc.). Forutsetter utstyr og vurderingskompetanse for pasientnære blodprøveanalyser
- I situasjoner der prognose er avklart via pasientens ønsker eller alder, for eksempel brystmerter hos pasient med høy alder og mye sykdom der konservative tiltak er besluttet eller i tilfeller der det er avtalt behandlingsbegrensninger.

¹⁰ Sykehuset Innlandet HF, Idéfase for ny sykehusstruktur: Delutredning om desentralisering av spesialisthelsetjenester, 2016

Rapporten om utvikling av de lokalmedisinske sentrene foreslår desentraliserte poliklinikktilbud i ortopedi, nevrologi, øre-nese-hals (hørsel), gynekologi, diabetes, onkologi, kardiologi, blodtransfusjoner, dagkirurgi (fjerningspoliklinikk), nefrologi, urologi, pediatri, øye, hud, lunge og geriatri¹¹.

Det er et stort potensiale for utvikling av tilbud utenfor de store akutt sykehusene som det ikke pr dato er mulig å overskue. Dette er knyttet til både poliklinikktilbud, diagnostisering og til døgnplasser på spesialisthelsetjenestenivå.

Utvalg for utdypende analyser

I idéfaserapporten er det foretatt utdypende økonomiske analyser og analyser for samfunnsmessige konsekvenser på seks modeller (i tillegg til nullalternativet). Utvalget er basert på foreløpige vurderinger fra mulighetsstudier, effektmål, faglige vurderinger og investeringsbehov. Modellene som ble valgt er modeller som ses på som aktuelle og gjennomførbare, samtidig som de representerer tilsvarende modeller på en så god måte at det gir grunnlag for å gjøre et strukturvalg til slutt. I henhold til mandatet ble det valgt ut modeller med både ett, to og tre store akutt sykehus i Mjøsregionen i tillegg til nullalternativet. De valgte modellene representerer dermed bredden av de ulike strukturelle løsningsmodellene.

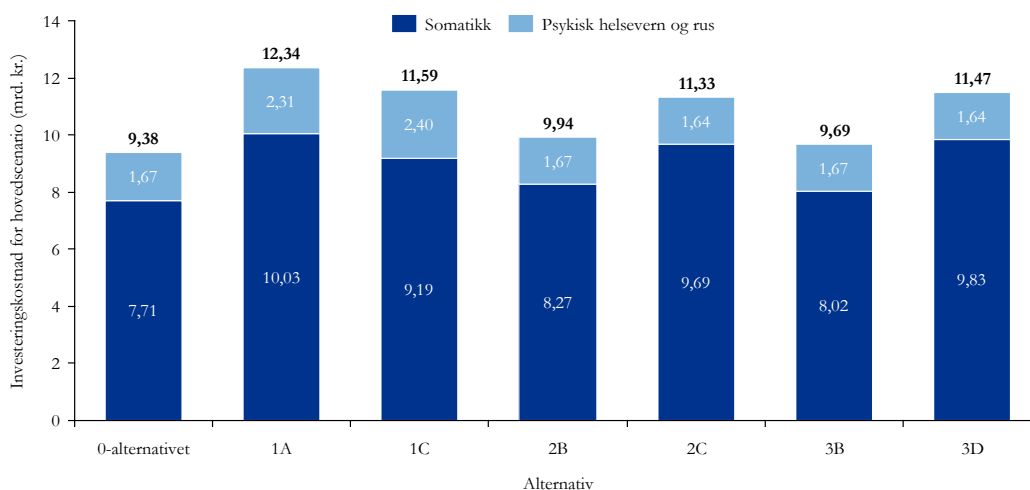
Idéfaserapportens kapittel 8.5 behandler investeringskostnader i alle modellene. Figur 2 nedenfor oppsummerer investeringskostnadene som er lagt til grunn i de økonomiske analysene av hovedscenarioene for de utvalgte alternativene. Investeringskostnadene for de seks utvalgte alternativene med endret sykehusstruktur varierer fra ca. 9,7 til 12,3 mrd. kroner. For nullalternativet er investeringsbehovet estimert til ca. 9,4 mrd. kroner. Investeringskostnader for alternativene med høy andel nybygg blir høyest. Alternativene 1A og 1C er slike eksempler med høy andel nybygg for somatikken og sentralsykehusfunksjoner innen psykisk helsevern og rus i et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua. Kostnader for alternativene 2B og 3B (og nullalternativet) er eksempler med betydelig gjenbruk av eksisterende bygg, og har dermed lavere investeringskostnader. Alternativ 2C og 3D er eksempler med nybygg for en del av somatikken og sentralsykehusfunksjoner innen psykisk helsevern og rus ved Sanderud, og har middels høye investeringskostnader.

Investeringsbehov i nullalternativet

Beregningene viser at det vil kreves betydelige midler for å opprettholde dagens bygningsmasse med en forsvarlig kvalitet frem til 2040, som er nullalternativets horisont. Resultatet av beregningen av investeringsbehov for nullalternativet er ca. 8,73 mrd. kroner for ombygging og rehabilitering. Det må videre legges til utgifter til oppgradering (0-10 år) på ca. 1,29 mrd. kroner og utgifter til vedlikehold fra 2027 til 2040 på ca. 1,65 mrd. kroner. Sum av ombygging, rehabilitering, oppgradering og vedlikehold er da ca. 11,67 mrd. kroner. Oppførte kostnader til oppgraderinger vil være nødvendige selv om det vedtas endret sykehusstruktur, da disse kommer i tidsperioden før et eventuelt nytt hovedsykehus står ferdig. Kostnader til oppgraderinger kan reduseres hvis ombyggingstiltak iverksettes på et tidligere tidspunkt enn det som er forutsatt i rapporten. Kostnader til vedlikehold vil også være nødvendige for alle bygg i alternative sykehusstrukturer, da dette er kostnader som tilkommer uavhengig av byggets alder.

Det påpekes at det er betydelig usikkerhet knyttet til estimerte investeringskostnader. Estimaten avhenger blant annet av arealstandarder, driftsmodell og forutsetninger knyttet til utnyttelsesgrader.

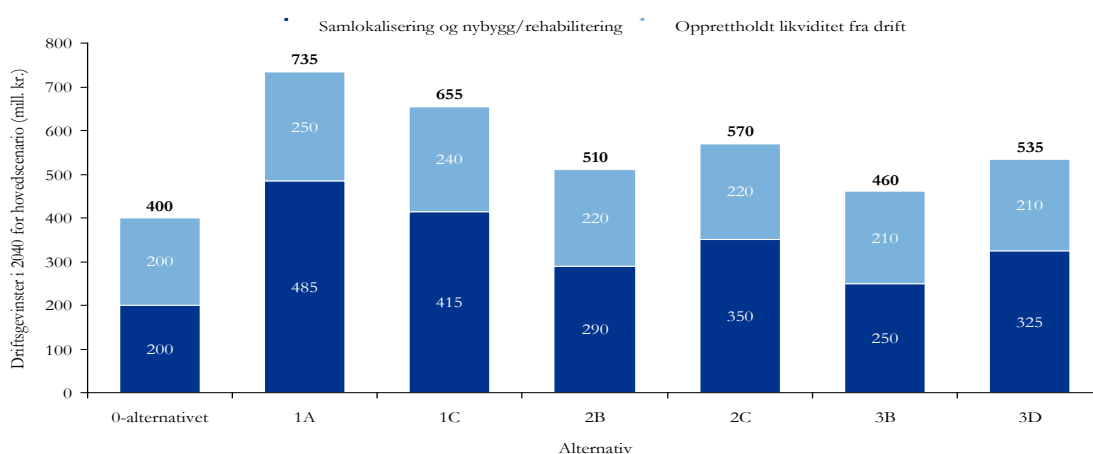
¹¹ Sykehuset Innlandet HF, Utredning av pasienttilbud og faglig innhold i lokalmedisinske sentre/desentraliserte tilbud, Tiltaksplan 2016-2019, 2016



Figur 2, Investeringskostnad lagt til grunn i økonomiske analyser av hovedscenario for de utvalgte alternativene. Beløp i mrd. kroner

Sykehuset Innlandet er estimert til å ha 3,2–3,7 mrd. kroner i tilgjengelig egenfinansiering på forutsatt tidspunkt for overtakelse av prosjektet (utgangen av 2026). Dette består av basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF, oppspart positivt resultat i plan- og byggeperioden og eventuell avhending av eiendom. I analyser med helseforetaksperspektiv (ved bruk av ovennevnte egenkapital), er det lagt til grunn at lånefinansiering fra HOD utgjør 70 % av investeringskostnaden. For alternativene 2C og 3D er det estimert behov for noe lånefinansiering utover dette, henholdsvis ca. 30 og 75 mill. kroner. Det er forutsatt at dette kan lånes av Helse Sør-Øst RHF, med samme betingelser som lån fra HOD.

Totale driftsgevinster er estimert til å være i størrelsesorden 400–735 mill. kroner, avhengig av alternativ. Figur 3 nedenfor oppsummerer estimerte driftsgevinster i 2040 for hovedscenario for de utvalgte alternativene. Alternativ 1A gir det mest gunstige resultatet, da alternativet innebærer størst grad av samling av funksjoner i nye arealer. For de øvrige alternativene varierer både graden av geografisk/faglig samling og andelen nybygg, og estimerte driftsgevinster er noe lavere. Driftsgevinster for nullalternativet følger av at det er tatt høyde for betydelig ombygging og rehabilitering. Det er lagt til grunn at så omfattende rehabilitering vil kunne muliggjøre realisering av noen driftsgevinster, selv om sykehusstrukturen er uendret.



Figur 3, Estimerte driftsgevinster i 2040 for hovedscenario for de utvalgte alternativene. Beløp i mill.kr

I tabell 1 oppsummeres resultatene fra bæreevneanalyser for de utvalgte alternativene. For at prosjektet skal ha bæreevne må akumulert bæreevne inkludert rente på eventuell negativ nettolikviditet være positiv ved utgangen av økonomisk levetid. Fra et helseforetaksperspektiv,

og gitt forutsetning om 2,4 % lånerente og 27 år økonomisk levetid (grunnforutsetning), har alle de utvalgte alternativene økonomisk bæreevne. Alternativene 1A og 1C har høyest bæreevne, og sensitivitetsanalyser viser at bæreevnen til 1A og 1C er positiv selv ved betydelige endringer i overordnede forutsetninger knyttet til lånerente og økonomisk levetid. For de andre alternativene er bæreevnen mer sensitiv for endringer i lånerente og/eller økonomisk levetid. Nullalternativet og alternativ 3D er mest sensitive for endringer i overordnede forutsetninger. Fra et prosjektperspektiv har kun alternativ 1A bæreevne.

Tabell 4 Oppsummering av økonomisk bæreevne for hovedscenario for de utvalgte alternativene med hhv. helseforetaks- og prosjektperspektiv. Beløpene er akkumulert bæreevne inkludert rente på negativ nettolikeviditet, gitt 2,4 % lånerente og 27 år økonomisk levetid. Beløp i mill. kroner. Avrundinger forekommer

Perspektiv	0-alt.	1A	1C	2B	2C	3B	3D
Økonomisk bæreevne med helseforetaksperspektiv (med egenfinansiering)							
Akkumulert bæreevne for hovedscenario	1 480	6 990	5 580	3 380	3 520	2 230	2 300
Økonomisk bæreevne med prosjektperspektiv (uten egenfinansiering)							
Akkumulert bæreevne for hovedscenario	-4 060	1 210	-210	-2 070	-2 710	-3 380	-4 260

Note: For alternativene 1A, 1C, 2C og 3D innebærer hovedscenario en samling av sentralsykehusfunksjoner innen psykisk helsevern og rus. For alternativene 2B og 3B (og nullalternativet) innebærer hovedscenario at sentralsykehusfunksjoner innen psykisk helsevern og rus beholdes på Reinsvoll og Sanderud

De økonomiske analysene er sensitive for endringer i overordnede forutsetninger. Her vises det til idéfaserapportens kapittel 9.

Samfunnsanalyse

En analyse av samfunnsmessige konsekvenser ved aktuelle modeller for en fremtidig sykehusstruktur vil foreligge i januar 2017. Analysen vil vise at det er samfunnsmessige fordeler og ulemper ved alle modeller.

Analysemiljøets foreløpige vurderinger tilsier at modeller med to og tre store akuttpsykehus i Mjøsregionen kan legge til rette for utvikling i den byen og arbeidsmarkedsregion hvor akutte områdefunksjoner samles, med tilhørende regionale virkninger. Etablering av hovedsykehus ved Mjøsbrua antas å ha mindre regionale virkninger, da modellen i liten grad vil svekke utviklingen i dagens vertsbyer. I dette alternativet anslås en trafikkøkning, mens sykehusansatte i stor grad vil bo i byene som nå.

Videre behandling

Mandat for konseptfasen

Administrasjonen vil legge frem et mandat for konseptfasen til behandling ved styrets møte i høsten 2017, inkludert anbefalte løsningsmodell(er) som skal utredes i konseptfasen.

Administrasjonen vil samarbeide med Helse Sør-Øst for å utvikle et mandat for konseptfasen. Mandatet for konseptfasen vil legges frem parallelt med en innstilling til endelig vedtak for styret. Konseptfaserapporten skal følge veilederen og underlegges eksternt kvalitetssikring i henhold til gjeldende krav.

Trinnvis utvikling av ny struktur

Det vises til idéfaserapportens kapittel 12. Etter høringen, og i forbindelse med at endelig innstilling legges frem for behandling i styret høsten 2017, vil det bli lagt fram en plan for trinnvis utbygging av det strukturalternativet som innstilles til endelig vedtak.

Lokalisering

Det vises til modellene og beskrivelsen av innholdet i disse. Utover den generelle beskrivelsen i modellen, er ikke konkret lokalisering avklart for modellen med ett akuttstusykehus (hovedsykehus). Utover henvisningen til Mjøsbru-området, øst eller vest for fylkesgrensen, er ikke lokalisering bestemt. Kriterier for tomtevalg er beskrevet i idéfasesens kapittel 14. Ved behandlingen av idéfaserapporten behandles kun kriterier for nærmere tomtevalg. Det er viktig å presisere i den sammenheng at tidligfaseveilederen ikke omhandler lokaliseringsvalg eller kriterier for det. Sykehuset Innlandet har også i dette arbeidet støttet seg på erfaringer og praksis fra andre foretak.

I det videre arbeidet med planprogram, må plan- og utredningskrav knyttet til konkret lokalisering og utbygging avklares. Høringsprosessen kan også gi innspill som må vurderes i sluttbehandlingen høsten 2017 eller ved senere utarbeidelse av planprogram. Et slikt program må utarbeides i samarbeid med aktuelle vertskommuner og relevante myndigheter. Det arbeidet skal oppfylle Plan- og bygningssloven sitt krav til prosess og innhold i planer.

Risiko og sårbarhetsanalyser

Risikoanalyse knyttet til endringer som kan påvirke arbeidsmiljøet er iverksatt, og vil bli gjennomført i Sykehuset Innlandets organisasjon i tråd med gjeldende retningslinjer.

Ved et vedtak om endringer i akutttilbud, skal det også gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser. Dette vil Sykehuset Innlandet ta initiativ til sammen med primærhelsetjenesten i neste fase, og kan gjennomføres i forbindelse med oppdatering av utviklingsplan i tråd med ny veileder.

Høringsperioden

Sykehuset Innlandet planlegger en høring etter at samfunnsanalysen har vært forelagt styret i møte 12. januar 2017. Høringsfristen foreslås til fredag 12. mai 2017.

Det vil bli utarbeidet et høringsbrev med tema som Sykehuset Innlandet spesielt ønsker belyst i høringsrunden. Høringsdokumentet for idéfaseutredningen vil sammen med samfunnsanalysen utgjøre høringsgrunnlaget.

Det legges opp til en behandling av innkomne høringsuttalelser i styrets møte 16. juni 2017.

Administrerende direktørs vurdering

Utredning av fremtidig sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet har pågått nærmest kontinuerlig siden foretaket ble etablert i 2003. De siste årene har planarbeidet hatt en god fremdrift ved at utviklingsplan for foretaket ble godkjent av styret i mai 2014, og at oppstart av idéfasesen ble godkjent av styret for Helse Sør-Øst oktober 2014.

Administrerende direktør er tilfreds med at foretaket passerer en ny milepæl for planarbeidet når høringsdokumentet til idéfaseutredningen nå legges frem for styret til behandling. Administrerende direktør er herunder tilfreds med at idéfaserapporten er et resultat av et godt og grundig prosjektarbeid, med bred involvering og medvirkning gjennom hele prosessen.

Idéfaserapporten med underliggende delrapporter er omfattende. Hovedtemaene som utredningen tar for seg kan imidlertid sammenfattes i følgende hovedområder:

- Ta stilling til hvor mange store akuttpsykiatriske sykehus det skal være i Mjøsregionen (sykehusstrukturen i Mjøsregionen).
- Ta stilling til spørsmålet om samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og rus og herunder spørsmålet om samling av sykehusfunksjoner i psykisk helsevern og rus til ett sted i Innlandet.
- Sikre samling av områdefunksjoner/spesialiserte tjenester for å oppnå tverrfaglig/komplementær kompetanse av høy kvalitet.
- Sikre gode desentraliserte spesialisthelsetjenester nær der pasienten bor i et stort og vidstrakt opptaksområde.

Når det gjelder sykehusstrukturen i Mjøsregionen viser utredningen at modell med nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua kommer best ut vurdert ut fra de vurderingskriteriene og «div laga» kriteriene som er vedtatt for idéfaseutredningen (ett-sykehusmodellen). Dette fremgår av kapittel 10.6 i idéfaseutredningen:

«Med utgangspunkt i alle utredningene utført i dette idéfasearbeidet og de samlede vurderingene gjort i dette kapitlet, anbefales hovedsykehusmodellen med ett stort akuttpsykiatriske sykehus ved Mjøsbrua som fremtidig modell for Sykehuset Innlandet. En hovedsykehusmodell med samling av sentralsykehuspsykiatrien på hovedsykehuset, er den av de utredede modellene som legger best til rette for faglig kvalitet og utvikling av fremtidig virksomhet til pasientens beste. Denne modellen svarer best ut avhengighetene mellom fagene og fagmiljøenes krav og forventninger. I tillegg er dette modellen som gir best økonomisk bæreevne.

Dersom begrenset tilgang på investeringsmidler gjør hovedsykehusmodellen vanskelig å realisere, er vurderingen at det er bedre å realisere denne modellen trinnvis enn å iverksette en to-sykehusmodell med noe lavere investeringsbeløp.»

Som det fremgår av utredningen vil også en hovedsykehusmodell som er samlokalisert med sentralsykehusfunksjoner innenfor psykisk helsevern og rus ligge best til rette for faglig kvalitet og utvikling av fremtidig virksomhet. I utredningen vises det også til at dette er den modellen som best svarer ut avhengighetene mellom fagene og fagmiljøenes krav og forventninger.

Administrerende direktør støtter anbefalingen i idéfaserapporten om å etablere et hovedsykehus ved Mjøsbrua samlokalisert med sykehusfunksjoner innenfor psykisk helsevern og rus.

I tillegg til begrunnelsene som fremkommer i idéfaseutredningen vil administrerende direktør fremheve at Innlandet trenger et faglig kraftsentrum hvor alle høyspesialiserte funksjoner som hører sammen kan samles. I dag er disse spredt på flere sykehus, med de ulempene dette medfører for pasientene. Det er store pasientgrupper i Innlandet som har behov for tverrfaglig kompetanse, og ved å samle områdefunksjoner vil det være mulig å behandle hele pasienten på ett sted i Innlandet. En slik løsning vil gi bedre kvalitet og svare godt til visjonen om «Pasientens helsetjeneste» i Hedmark og Oppland.

Et sentralt spørsmål knyttet til etablering av et hovedsykehus er fremtidig bruk av eksisterende sykehus i Mjøsregionen (Gjøvik, Lillehammer, Elverum, Hamar). I idéfaserapporten blir ulike varianter av hovedsykehusmodellen utredet (jfr utredningsmodellene 1A-E). Etter administrerende direktør sin vurdering er det for tidlig å gå inn i disse variantene i denne fasen av utredningsarbeidet. Formålet med å beskrive ulike modellvarianter i idéfaseutredningen er å belyse mulighetsrommet og ha grunnlag for å foreta faglige og økonomiske vurderinger/beregninger.

Det viktigste i idéfasen er å treffe beslutning om hovedstruktur. Dersom beslutningen lander på en hovedsykehusmodell, blir det viktig å komme frem til en helhetlig løsning hvor både plassering, dimensjonering og innhold i et hovedsykehus blir avstemt med oppgaver og innhold i eksisterende sykehus rundt Mjøsa. I tillegg til å fastsette en sykehusstruktur som er faglig og økonomisk bærekraftig, må den også utformes slik at den har forståelse og oppslutning i Innlandssamfunnet. Administrerende direktør er derfor spesielt opptatt av å få innspill i høringsrunden om fremtidig bruk av eksisterende sykehus.

I tidligere høringer har tilslutningen til en hovedsykehusmodell vært betinget av videre utvikling av prehospitaltjenester, herunder spesielt forventning om etablering av en ny luftambulansbase i Innlandet/Mjøsregionen. Administrerende direktør har stor forståelse for dette synet og legger til grunn at dette blir gjenstand for videre vurdering og utredning i konseptfasen. Dette er også omtalt i idéfaserapporten, jfr kap 6.1.10.

Når det gjelder de andre struktur-/utredningsmodellene for Mjøsregionen, er det varianter av modell med to store akuttisyrkehus i Mjøsregionen som kommer best ut (to-syrkehusmodellen). Denne modellen kommer likevel vesentlig dårlig ut enn hovedsykehusmodellen både når det gjelder faglige vurderingskriterier og økonomisk bærekraft. Når idéfaseutredningen hviler på premissen om at områdefunksjoner/høyspesialiserte funksjoner i hovedsak bør være samlet på ett sted, må det også treffes et valg om hvilket av sykehusene i en to-syrkehusmodell som skal tillegges områdefunksjonene. Det stedet/sykehuset som tillegges områdefunksjonene vil naturlig bli oppfattet som et hovedsykehus. Dette vil være gunstig for innbyggere, pasienter og ansatte som hører til dette sykehuset, men tilsvarende mer ugunstig/større ulempe for alle andre. Dette vil også bryte med forutsetningen for hele utredningsarbeidet, som hviler på lokalisering nær Mjøsbrua dersom valget faller på en hovedsykehusmodell.

Innlandet er stort og vidstrakt. Like viktig som å fastsette sykehusstrukturen for Mjøsregionen er det å fastsette en struktur for spesialisthelsetjenester utenfor Mjøsregionen. Sykehuset Innlandet skal gi gode spesialisthelsetjenester til hele innlandsbefolkningen.

Et godt og førende prinsipp er å gi behandling nær der pasienten bor når dette er mulig. Dette er også formulert i Helse Sør-Øst sin visjon om å «desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må».

Spesialisthelsetjenestetilbudet utenfor Mjøsregionen ivaretas gjennom sykehusstilbudet på Tynset, i Kongsvinger, ved distriktpsikiatriske sentra og ved lokalmedisinske sentra som er etablert (Valdres og Nord Gudbrandsdal) og som planlegges etablert (Hadeland) i Oppland.

Når det gjelder sykehusstilbudet på Tynset legges det ikke opp til vesentlige endringer. Når det gjelder Kongsvinger sykehus vil det være naturlig å vurdere fremtidig innhold og oppgaver i sammenheng med pågående utredning av fremtidig foretakstilhørighet for Kongsvinger regionen i regi av Helse Sør-Øst. Det vil også bli innspillmuligheter knyttet til dette arbeidet. Dersom konklusjonen i dette utredningsarbeidet blir at Kongsvinger regionen fortsatt skal være en del av Sykehuset Innlandet, vil fremtidig innhold i Kongsvinger sykehus kunne innarbeides i endelig idéfaserapport. Oppgaver og innhold vil i stor grad bli avklart i forbindelse med utredningen av foretakstilhørigheten.

Hva gjelder lokalmedisinske sentra, er administrerende direktør opptatt av å utnytte de mulighetene som ligger i å utvikle disse videre både i forhold til polikliniske tilbud, tilbud om dagbehandling/dagkirurgi, diagnostikk og døgnbehandling/spesialistsenger. Som følge av den medisinske utviklingen og ved bruk av ny teknologi/informasjonsteknologi vil vi i fremtiden ha mulighet til å desentralisere funksjoner som vi i dag neppe er i stand til å overskue.

Administrerende direktør mener at ambisjonene for fremtidig innhold i lokalmedisinske sentra faktisk må være enda høyere enn det som blir beskrevet i idéfaserapporten.

Dette gjelder også mulige fremtidige desentraliserte spesialisthelsetjenester utenfor lokalmedisinske sentra i grensesnittet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det desentraliserte tilbudet vil således representere en sentral og viktig del av en helhetlig spesialisthelsetjeneste i Innlandet. Ved å samle faglig kompetanse i Mjøsregionen, vil dette også gi mulighet til å avgi kompetanse/ressurser til det desentraliserte tilbudet.

Totalt sett vil en slik modell bli en skreddersydd Innlandsmodell med et hovedsykehus som kjernen i et nettverk av spesialisthelsetjenester som deler sin faglige kompetanse med gode og velutbygde lokale tjenester.

Etablering av ny sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet vil være så omfattende og kapitalkrevende at den må realiseres gjennom en trinnvis utvikling. Administrasjonen vil komme tilbake til hvordan dette skal håndteres i forbindelse med utformingen av mandatet for konseptfasen. I en trinnvis utvikling vil det være viktig å velge en rekkefølge som løser de største utfordringene først. Dette vil blant annet dreie seg om:

- Samle områdefunksjoner/spesialiserte funksjoner
- Samle sentralsykehusfunksjoner i psykisk helsevern og rus
- Samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og rus
- Gi mer innhold og større oppgaver til lokalmedisinske sentra
- Finne erstatningsløsning for Hamar sykehus

Administrerende direktør sin vurdering bygger på idéfaseutredningen med tilhørende vedlegg. Dersom det gjennom høringsprosessen skulle komme frem argumenter eller hensyn som ikke er omtalt eller tilstrekkelig drøftet i idéfaseutredningen, vil dette kunne påvirke administrerende direktør sine vurderinger og standpunkt. Høringsprosessen vil således representere et viktig korrektiv og være et verdifullt kvalitetssikringsredskap for hele utredningsarbeidet.

For å sikre god kvalitet i høringen tilrår administrerende direktør å forlenge høringsperioden noe i forhold til opprinnelig planlagt. Dette innebærer utsettelse av styrets endelige behandling av idéfaserapporten til høsten 2017. Denne justeringen vil ikke få konsekvenser for den totale fremdriften i prosjektet. Administrerende direktør har også drøftet dette med politisk referansegruppe som støtter forlengelse av høringsperioden.

Trykte vedlegg:
Idéfaserapport Fremtidig sykehusstruktur, november 2016

Utrykte vedlegg:
Utredninger gjennomført i idéfasen:

- Utredningen i delrapport «Tilstands- og egnethetsanalysen» vurderer kliniske og logistiske forhold i sykehusbyggene i Sykehuset Innlandet
- Utredningen i delrapportene «Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot år 2040, somatikk, del 1» og «Aktivitets- og kapasitetsanalyse mot år 2040, psykiatri, del 2» inneholder fremskrevet pasientbehandling for psykisk helsevern og rus for Sykehuset Innlandet
- Utredningen i delrapport «Strukturelle løsningsmodeller» inneholder vurdering av investeringskostnader, realiseringsmuligheter og oppfyllelse av effektmål
- Utredningen i delrapport «Faglige utviklingstrekk mot 2040» inneholder faglige, tekniske og samfunnsmessige innspill til ny sykehusstruktur. Til dette arbeidet er det innhentet delarbeider for desentraliserte tjenester, psykisk helsevern og rus, habilitering/rehabilitering og prehospitaltjenester
- Utredningen i delrapport «Økonomiske analyser» inneholder vurdering av driftseffektivitet og økonomisk bærekraft
- Utredningen av delrapport «Investeringsbehov for nullalternativet» (dvs. videreføring av dagens modell) inneholder vurdering av investeringskostnader ved fortsettelse av dagens sykehusstruktur
- En analyse av de samfunnsmessige konsekvensene ved en fremtidig sykehusstruktur legges frem i januar 2017. Kapittel 12 i idéfaserapporten beskriver foreløpige og overordnede vurderinger av de samfunnsmessige konsekvensene