

NOTAT

Til: Divisjonene

Fra: Prosjektdirektør

Dato: 7.3.2022

Sak: **Videreutvikling av Sykehuset Innlandet – konseptfase:**
Innspillsnotat: Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet

Framdriftsplanen for konseptfasen legger opp til et «nedvalg» av antallet alternativ innenfor null-pluss utredningen i styringsgruppens møte 6. april 2022. Dette innebærer et valg av hvilket null-pluss alternativ som skal detaljeres ytterligere fram mot beslutningspunkt B3A (dvs. valget mellom alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet) i styringsgruppens møte 8. august 2022.

Det beskrives i dette notatet to ulike alternativ med fordeling av fagområder, framskrevet aktivitet, driftsøkonomi og investeringskostnader. Det presiseres at vurderingene foreløpig er på et overordnet nivå.

I tråd med medvirkningsplanen for konseptfasen inviteres organisasjonen til å gi innspill til virksomhetsinnholdet i null-pluss alternativet. Følgende spørsmål ønskes besvart skriftlig:

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">1. Hvilket null-pluss alternativ bør velges for en ytterligere detaljering fram mot beslutning om hovedalternativ i august 2022?2. Bør det gjøres endringer i virksomhetsinnholdet i dette alternativet? I så fall, hvilke endringer? |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Frist for innspill: 21. mars 2022 til Roger.Jensen@sykehuset-innlandet.no

Innspillene vil bli vurdert og framlagt for ledergruppen i Sykehuset Innlandet til behandling 29. mars 2022. En tilråding vil bli oversendt Helse Sør-Øst RHF for behandling i styringsgruppen 6. april 2022.

Bakgrunn

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

«Foretaksmøtet slutter seg til Helse Sør-Øst RHF sitt vedtak i styresak 058-2021 Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF, og ber Helse Sør-Øst RHF følge opp dette i det videre arbeidet.»

Helse Sør-Øst RHF har forberedt saken gjennom to faser. I første fase ble virksomhetsinnholdet innenfor målbildet for Sykehuset Innlandet HF konkretisert i rapporten «*Helse Sør-Øst RHF, Konkretisering av virksomhetsinnhold i Sykehuset Innlandet HF*». I andre fase ble det igangsatt et utredningsarbeid som skulle gi grunnlag for lokalisering av ulike sykehus og vurderinger av økonomisk bærekraft. Rapporten «*Helse Sør-Øst RHF, Konkretisering av bygg, lokalisering og*

bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF» med anbefaling om struktur ble gjenstand for høring. Rapportene, høringsinnspillene og styrebehandlingen i Sykehuset Innlandet HF dannet grunnlaget for følgende styrevedtak i sak 058-2021 «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF» i Helse Sør-Øst RHF 28. mai 2021:

«1. Styret vektlegger at befolkningen i Innlandet skal ha gode og framtidsrettede spesialisthelsetjenester. Sykehusstrukturen skal underbygge samarbeid mellom flere sykehus i nettverk. Prehospitale tjenester skal videreutvikles i nært samarbeid med primærhelsetjenesten. Lokalmedisinske sentra, distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge skal styrkes og gi tilgjengelige tjenester desentralt. Befolkningen skal møte en kunnskapsbasert og nyskapende helsetjeneste og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med pasientsikkerhet, kvalitet og helhetlige pasientforløp.

2. Arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF skal videreføres i konseptfase hvor følgende sykehusstruktur legges til grunn;

- a. Mjøssykehus med en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, lokalisert til Moelv.*
- b. Stort akutt sykehus med gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi, fødetilbud og akutt indremedisin lokalisert i Lillehammer.*
- c. Elektivt sykehus med indremedisinsk profil, dagkirurgi og skadepoliklinikk lokalisert i Elverum sammen med en samhandlingsarena og ny luftambulansebase.*
- d. Akutt sykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi.*
- e. Lokalmedisinske sentra lokalisert til Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Hadeland.*
- f. Distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.*

Det skal i konseptfasen utredes om det kan legges indremedisinske akuttfunksjoner til det elektive sykehuset i Elverum for opptaksområdet som i dag har sykehuset i Elverum som sitt lokalsykehus.

3. Styret viser til at det i konseptfasen skal utredes et reelt nullalternativ (null-pluss alternativ), jf. Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. Videre skal muligheter for trinnvis utvikling belyses.

4. Planleggingsrammen for etablering av ny sykehusstruktur er 8,65 milliarder kroner (2018-kroner). Styret tar til etterretning at videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF vil medføre vesentlige økonomiske konsekvenser for helseforetaket. Det legges til grunn at Sykehuset Innlandet HF både i perioden før og etter byggeperioden bedrer det økonomiske resultatet og at det i konseptfasen utarbeides konkrete beregninger av økonomisk bæreevne og oversikt over gevinster.

5. Styret ber administrerende direktør utarbeide mandat for konseptfasen og framlegge dette for styret snarlig etter vedtak i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.

6. Sykehuset Innlandet HF må arbeide med planer for god drift, rekruttering og opprettholdelse av kompetanse i mellomfasen fram til etablering av ny sykehusstruktur. Planene må være basert på oppdaterte risiko- og sårbarhetsanalyser.

7. Det forutsettes medvirkning fra de ansattes organisasjoner, relevante fagmiljø, brukere og andre interessenter. Prosessen skal være åpen og forutsigbar for reell involvering.

8. Styret viser til at denne saken omfattes av bestemmelsene i paragraf 30 i helseforetaksloven og ber derfor om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF.»

Dette notatet omhandler null-pluss alternativet, jf. vedtakspunkt 3. Alternativet er nærmere beskrevet i mandatet for konseptfasen datert 13. desember 2021:

«Null-pluss alternativet skal omfatte:

- a) Videreføring av sykehusene i Lillehammer og Gjøvik som store akutt sykehus.
- b) Erstatningssykehus for sykehuset i Hamar med en hensiktsmessig funksjonsfordeling med sykehuset i Elverum.
- c) Akutt sykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi.
- d) Lokalmedisinske sentra lokalisert til Nord-Gudbrandsdal og Valdres, samt polikliniske tilbud på Hadeland.
- e) Distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.
- f) Styringsgruppen vurderer eventuelle tilpasninger som er nødvendige for å opprettholde og videreutvikle et faglig forsvarlig tilbud, etter innspill fra Sykehuset Innlandet HF.

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

Mandatet gir Sykehuset Innlandet ansvar for å konkretisere aktuelle varianter av null-pluss alternativet.

Oppdaterte framskrivninger av aktivitet og kapasitetsbehov

Det er i forbindelse med konseptfasen gjennomført en ny framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov ved Sykehuset Innlandet HF. Det er benyttet befolkningsframskrivning fra 2019 til 2040 utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB) og aktivitetstall fra 2019 fra Norsk Pasientregister (NPR). Framskrivningen er foretatt av Sykehusbygg HF, etter gjeldende modell for henholdsvis somatikk og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det gjøres oppmerksom på at det etter forrige framskrivning er vedtatt en ny modell for framskrivning av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I forbindelse med godkjenning av Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst (styresak 114-2018) ble det fastsatt et sett utnyttelsesgrader som skal legges til grunn for dimensjonering av sykehus. Disse føringene gjelder for beregning av areal, både for Mjøssykehuset og for erstatningssykehuset i null-pluss alternativet:

- 85 prosent utnyttelse av ordinære sengeplasser innenfor somatikk og psykisk helsevern for voksne
- 75 prosent utnyttelse av observasjonsplasser, pasienthotellsenger og senger til psykisk helsevern for barn og unge
- 80 prosent utnyttelse av senger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- 45 minutter konsultasjonstid for poliklinikk og 8 timer åpningstid og drift 230 dager i året for somatikk
- 75 minutter konsultasjonstid for poliklinikk og 8 timer åpningstid og drift 230 dager i året for psykisk helsevern
- 4 timers behandlingstid og drift 313 dager i året for medisinsk dagbehandling inkl. dialyse

I tabell 1 under presenteres framskrevet kapasitet for henholdsvis somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Sykehuset Innlandet HF. Framskrivningen er utført av Sykehusbygg i 2022. I tabell 2 vises tilsvarende framskrivning fra 2018.

I begge framskrivninger er habilitering og rehabilitering inkludert i tallene for somatikk. Pasienter behandlet ved Sykehuset Innlandet HF bosatt utenfor helseforetakets opptaksområde (gjestepasienter) er inkludert.

Tabell 1 Framskrevet kapasitetsbehov for foretaket samlet Sykehusbygg 2022

	2019	2040
SOMATISKE HELSETJENESTER:		
Senger inkl. hotellsenger	608	652
Dagplasser	87	125
Poliklinikkrom	130	175
Operasjonsstuer	30	36
Døgnkirurgi	18	20
Dagkirurgi	12	16
PSYKISK HELSEVERN:		
Voksne sykehus		
Senger	103	109
Poliklinikkrom	4	4
PSYKISK HELSEVERN:		
Voksne DPS		
Senger	89	86
Poliklinikkrom	61	67
PSYKISK HELSEVERN:		
Alderspsykiatri		
Senger	24	36
Poliklinikkrom	3	4
PSYKISK HELSEVERN:		
Barne- og ungdomspsykiatri		
Senger	19	17
Poliklinikkrom	33	35
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling		
Senger	36	34
Poliklinikkrom	19	25

Tabell 1: Framtidig kapasitetsbehov Sykehuset Innlandet HF 2019-2040: Somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. (Sykehusbygg HF, 2022).

Tabell 2: Framtidig kapasitetsbehov Sykehuset Innlandet HF 2017-2040: Somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. (Sykehusbygg HF, 2018).

Tabell 2 Framskrevet kapasitet Sykehusbygg 2018

Framskrevet kapasitetsbehov 2040
680
104
242
35
20
15
94
9
63
129
24
4
19
62
32
30

Framskrivningen i konseptfasen viser et samlet kapasitetsbehov i 2040 for totalt 934 døgnplasser, 652 for somatiske helsetjenester og 282 innenfor psykisk helsevern og TSB.

Sammenlignet med framskrivningen fra 2018 viser den nye framskrivningen behov for 28 færre senger innen somatikk og 50 flere senger innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I disse tallene er døgnplassene ved DPS og LMS tatt med.

Avgrensning av utredningsalternativer i null-pluss alternativet

Det ble i idéfasen utredet et nullalternativ i henhold til Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. Dette alternativet la dagens sykehusstruktur og kapasiteter til grunn, beregnet med samme levetid som hovedalternativet, med tidshorisont til 2040.

I tråd med vedtaket i styresak 058–2021 skal det i konseptfasen i tillegg utredes et null-pluss alternativ som avviker fra nullalternativet på to punkter, sykehuset på Tynset skal styrkes med elektiv gastrokirurgi / generell kirurgi og ortopedi, og det skal utredes et erstatningssykehus for sykehuset i Hamar med en hensiktsmessig funksjonsfordeling med sykehuset på Elverum.

Mandatet gir Sykehuset Innlandet ansvar for å konkretisere aktuelle varianter av null-pluss alternativet. Ved starten av dette arbeidet la Sykehuset Innlandet til grunn følgende prinsipper:

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

For å sikre tilstrekkelig bredde i inngangen til diskusjonen om hvilke alternativer som bør utredes i konseptfasen presenterte Sykehuset Innlandet fem alternativer. Disse vises i tabell 3.

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

Tabell 3 Fordeling av virksomhetsinnhold i fem tenkte null-pluss alternativ

x angir at fagområdet tilbys ved sykehuset, x → angir at deler av aktiviteten er flyttet til det andre sykehuset, → angir at fagområdet er flyttet til det andre sykehuset (Sykehuset Innlandet, 2022)

Styringsgruppen ga 14. desember 2021 følgende innspill til arbeidet med alternativer for virksomhetsfordeling i null-pluss alternativet (utdrag fra protokoll):

- *Styringsgruppen ber administrerende direktør i Sykehuset Innlandet HF om å revurdere premisser om at tilbud innen habilitering og rehabilitering nødvendigvis skal videreføres som i dag.*
- *Hvis akuttfunksjoner skal flyttes fra Elverum til Hamar, er det viktig at elektive funksjoner legges til Elverum slik at samlet volum av aktivitet på Elverum ikke blir for lite. Det er lite aktuelt å foreslå et samlet volum av aktivitet på Elverum i et null pluss alternativ som er mindre enn slik det er foreslått i Mjøs-sykehus alternativet.*
- *Foreslåtte alternativ 1 ad aktivitetsfordeling i null-pluss alternativet med flytting av akutt-kirurgitilbudet fra Hamar til Elverum utgår da det ikke anses å være i tråd med tidligere vedtak og mandatet.*

Styringsgruppens vurdering av alternativ 1 i tabellen over gjør at dette alternativet utgår. Styringsgruppen åpner samtidig for løsninger der aktiviteten ved rehabiliteringsenheten i Ottestad kan flyttes til Elverum.

Innspill til virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet

Det er i løpet av januar gitt skriftlige innspill til saken fra Brukerutvalget, ledergruppen, divisjonenes ledergrupper, TV20, HAMU og tverrfaglig ekspertgruppe.

Følgende innspill er gitt til virksomhetsinnholdet i null-pluss alternativet:

- All akuttbehandling bør samles til ett sted (alternativ 4 eller 5)
- En bør holde fast ved dagens modell med mindre justeringer (alternativ 2 eller 3)
- En kan dele volumet både innen elektiv kirurgi og elektiv ortopedi
- Pediatri, barnekirurgi og ØNH bør være samlokalisert
- ØNH og øye bør være samlet og samlokalisert
- Mamma endokrin / BDS bør ikke flyttes

- Døgnfunksjonen innen ortopedi kan deles med akutt- og dagkirurgi ett sted og elektiv døgnkirurgi og dagkirurgi et annet sted
- En flytting av tilbudet innen rehabilitering fra Ottestad til Elverum vil føre til en fragmentering av fagmiljøene og en ytterligere distansering til akuttmiljøene i SI sammenliknet med dagens situasjon. Det vil også gi økt reisevei for et stort antall pasienter som mottar polikliniske tilbud i seksjonene på Ottestad. Poliklinikkene gir tilbud som pasientene i hele SI sitt opptaksområde sogner til, samt noen regionale tilbud.
- Så langt det er mulig bør det legges til rette for samling av somatikk og psykisk helsevern også i et null-pluss alternativ
- Føringer om å flytte elektiv kirurgi til Tynset med mål om å øke aktiviteten der, kan skape utfordringer knyttet til at elektiv aktivitet deles mellom mange geografiske lokalisasjoner. Dette kan ha konsekvenser for tilstrekkelig pasientvolum, og gir et utdanningsløp der LIS leger i kirurgi må delta i både elektiv kirurgi og øyeblikkelig hjelp kirurgi i sin spesialisering på flere lokalisasjoner.

I tillegg til disse innspillene har divisjon Elverum-Hamar gitt et konkret innspill til to varianter av null-pluss alternativ som foreslås utredet. Disse alternativene ivaretar i stor grad innspillene som har kommet ved at man i det ene alternativet holder fast ved dagens modell med mindre justeringer, mens man i det andre alternativet samler all akuttbehandling med unntak av akutt indremedisin på Hamar. I begge alternativer er volumet innenfor ortopedi delt, med akutt ortopedi på Hamar for å bedre traumefunksjonen, mens elektiv ortopedi beholdes på Elverum. I begge alternativer er det også gastrokirurgisk dagaktivitet ved Elverum for å bedre tilsynsfunksjonen der. I tråd med mandatet er det lagt til grunn akutt indremedisin med akuttmedisinsk beredskap og overvåkningssenhet med tilhørende bildediagnostikk og laboratoriefunksjoner begge steder.

Divisjon Elverum-Hamar peker i sitt innspill på fordelingen ved å inkludere rehabilitering i sykehuset i Elverum. Dette avviker fra divisjon Habilitering og rehabilitering sitt innspill, som ikke ønsker en slik løsning.

Tabell 4 viser forslag fra divisjon Elverum-Hamar til fordeling av virksomhetsinnhold i to alternativer

	Alt 1		Alt 2		
	Hamar akutt	Elverum akutt	Hamar stort akutt	Elverum akutt	
DPS (divisjon psyk.)	x	x	x	x	
nevrologi pol (div G-L)		x		x	
Pasienthotell	x	x	x	X	
Akuttmedisin	x	x	x	x	
Akutt Indremedisin	x	x	x	x	
Akutt gastrokirurgi	x		x		
Akutt ortopedi	x		x		
Traume	x		x		
Områdekirurgi	x		x		
Ønh		x	x	x?	vurderes fortløpende
Øye		x	x?	x	vurderes fortløpende
Gyn føde		x	x	poli\elektiv	
Barn		x	x	poli\elektiv	
Skadepoliklinikk		x		x	
Elektiv indremedisin	x	x	x	x	utredningspost \fast track
Elektiv ortopedi	x	X	x	X	bevegelsessenter
Elektiv gastrokirurgi	x	x	x	x	
Elektiv annen kirurgi	x	?	x	?	vurderes fortløpende
Nukleær medisin PET CT		x		x	
Intervensjon	x		x		
Bildedagnostikk	x	x	x	x	

Tabell 4 Fordeling av virksomhetsinnhold i to alternativ foreslått av divisjon Elverum-Hamar (januar 2022).

Divisjon Elverum-Hamar har i tillegg gitt følgende fagspesifikke innspill:

Pediatri: Det er en fordel å legge ØNH og barn på samme sted. Barnet ligger på en post og spesialistene kommer til barnet. Pediatere ønsker å være samlokalisert med gastrokirurgi, gyn/føde, ortopedi og ØNH. Pediatrisk poliklinikk og dagpost kan fortsette på Elverum.

Øre-nese-hals: ØNH miljøet ønsker å være samlet på en geografisk lokalisasjon fordi fagmiljøet er lite. Det er ikke ønskelig å splitte akutt og elektiv ØNH fordi det grunnet utsyr er krevende og fordele på flere steder. ØNH ønsker å være der resten av akuttkirurgien er.

Øye: Øyefaget ønsker ideelt sett ikke å bli spredt til flere lokalisasjoner på grunn av at fagmiljøet er lite og pga. utstyr. Imidlertid er volumet av tjenester i all hovedsak dagkirurgisk og poliklinisk, slik at her må flere løsninger kunne vurderes.

Gyn/føde: Gyn/føde ønsker å være samlokalisert med barn og nyfødt for å ha samme aktivitetsnivå og selektering som i dag. Gyn/føde kan ha poliklinikk og dagkirurgi i Elverum. Gyn/føde ønsker å være samlokalisert med gastrokirurgi og urologi.

Indremedisin: Indremedisin i Elverum ønsker å samle all akutt virksomhet i ett hus inkludert medisin. I tråd med mandatet er det imidlertid lagt til grunn akutt indremedisin, med akuttmedisinsk beredskap og overvåkningssenhet med tilhørende bildediagnostikk, laboratorium osv. på begge lokalisasjoner.

Kirurgi: Det er bekymring i det kirurgiske miljøet på Hamar knyttet til splitting av den elektive kirurgien på flere ulike geografiske lokalisasjoner/enheter i både hovedalternativet og 0 + alternativet. Det er usikkert om det samlede volumet er stort nok.

Virksomhetsinnhold i de reviderte null-pluss alternativene

Alternativene som er foreslått av divisjon Elverum-Hamar er svært like de fire opprinnelige alternativene som prosjektet beskrev ved oppstarten av medvirkningsprosessen. Divisjon Elverum-Hamar sitt alternativ 1 har mange likhetstrekk med de opprinnelige alternativene 2 og 3, hvor akutt ortopedi flyttes fra Elverum til Hamar for å sikre nødvendig tverrfaglighet i traumebehandlingen. Divisjon Elverum-Hamar sitt alternativ 2 har mange likhetstrekk med de opprinnelige alternativene 4 og 5, hvor akuttfunksjonene, med unntak av akutt indremedisin, samles på Hamar.

Det vurderes som hensiktsmessig at de foreslåtte alternativene fra divisjon Elverum-Hamar legges til grunn for å beskrive aktivitet, kapasitet, drifts- og investeringskostnader i foreliggende notat. Sammenlignet med de fire opprinnelige alternativene, representerer de «ytteralternativ», slik at bredden av alternativ ivaretas. Med unntak av forslaget om flytting av rehabilitering, ivaretar divisjon Elverum-Hamar sine alternativ de fleste forslagene som har kommet i den interne medvirkningsprosessen.

Det er i modellene nedenfor foreslått løsninger for de områdene der divisjon Elverum-Hamar i sitt innspill ikke beskrev konkret løsning, eksempelvis for fagområdet ØNH og øye. Justeringene presiseres i beskrivelsen.

Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativ 1

Tabell 5 viser virksomhetsinnhold null-pluss alternativ 1

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

Tabell 5 Virksomhetsinnhold null-pluss alternativ 1

I alternativ 1 flyttes akutt ortopedi fra Elverum til erstatningssykehuset i Hamar for å bedre det samlede traumetilbudet.

Områdefunksjonene for kirurgi og intervensjonsradiologi opprettholdes på Hamar som i dag (karkirurgi, urologi, mamma/endokrin). De øvrige fagene gyn/føde, barn, ØNH, øye, indremedisin, pasienthotell samt nukleærmedisin med PET CT opprettholdes på Elverum. Gynekologisk poliklinikk på Hamar og gynekologiske operasjoner på roboten på Hamar, slik som i dag.

Det legges dagtilbud innen gastrokirurgi til Elverum for å bedre tilsynsfunksjon for indremedisin og gynekologi på Elverum. Akuttmottaket og intensivheten videreføres som i dag.

Divisjonen har i sitt innspill forslått en skadepoliklinikk på Elverum. I dag mottas pasienter med behov for akuttbehandling innen ortopedi på Elverum for hele Elverum-Hamars opptaksområde. Det er ikke skadepoliklinikk på Hamar. I null-pluss alternativ 1 legges akuttbehandlingen innen ortopedi for hele området til Hamar. Det vurderes på samme måte lite hensiktsmessig å ha en skadepoliklinikk på Elverum i dette alternativet.

Oppsummert

Dette alternativet representerer en mindre justering av dagens funksjonsfordeling. Alternativet vil bedre traumetilbudet på Hamar, og vil bedre tilsynsfunksjon for akutt indremedisin på Elverum. Alternativet vil også sikre gastrokirurgisk og gynekologisk samhandling ved elektive operative utfordringer. Akuttmottaket og intensivheten videreføres som i dag.

Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativ 2

Tabell 6 viser virksomhetsinnhold i null-pluss alternativ 2

	Alternativ 2	
	Hamar stort akutt	Elverum akutt
BEHANDLINGSTILBUD		
DPS	x	x
Akutt Indremedisin	x	x
Akutt gastrokirurgi	x	
Akutt ortopedi	x	←
Elektiv ortopedi døgn		x
Traumer	x	
Urologi	x	
Karkirurgi	x	
ØNH	x	
Øye	x	pol/dagkirurgi
Mamma endokrin / BDS	x	
Obstetrikk/gynekologi	x	pol/dagkirurgi
Pediatri	x	pol
Dagkirurgi	x	x
Dagtilbud gastro	x →	x
Elektiv indremedisin	x	x

I null-pluss alternativ 2 etableres en elektiv kirurgisk virksomhet på Elverum med elektiv døgnpost for ortopedi, elektiv dagkirurgi innen gastrokirurgi, ortopedi og gynekologi, samt gynekologisk poliklinikk og skadepoliklinikk.

Tilbudet innen indremedisin opprettholdes uendret fra i dag ved Elverum. Det legges som i alternativ 1 til rette for tilsynskompetanse innenfor gastrokirurgi ved sykehuset i Elverum.

Akutt ortopedi, fødetilbud, pediatri og neo, ØNH og akutt øye flyttes fra Elverum til Hamar. Øye fortsetter med poliklinisk virksomhet på Elverum.

Tabell 6 Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativ 2

Divisjonen har i sitt innspill forslått en skadepoliklinikk på Elverum. I dag mottas pasienter med behov for akuttbehandling innen ortopedi på Elverum for hele Elverum-Hamars opptaksområde. Det er ikke skadepoliklinikk på Hamar. I null-pluss alternativ 2 legges akuttbehandlingen innen ortopedi fra hele området til Hamar. Det vurderes på samme måte lite hensiktsmessig å ha en skadepoliklinikk på Elverum i dette alternativet.

Divisjon Elverum-Hamar har i sitt innspill ikke konkludert om hvordan fagområdene øye og ØNH bør fordeles. Det er på bakgrunn av vurderingene fra de aktuelle fagmiljøene lagt til grunn at ØNH i denne modellen har sin aktivitet på Hamar, og at øyefaget deles med akuttvirksomhet og poliklinisk aktivitet på Hamar, mens Elverum beholder noe poliklinisk virksomhet.

Divisjon Elverum-Hamar har pekt på at det i denne modellen kan det være en faglig gevinst å inkludere fysisk medisin og rehabilitering i virksomhetsinnholdet på Elverum. Divisjon Habilitering og rehabilitering har frarådet denne modellen, og argumenterer for en flytting til erstatningssykehuset på Hamar hvis en flytting skal gjennomføres. Virksomheten innen fysisk medisin og rehabilitering på Ottestad er framskrevet med behov for 11 senger.

Oppsummert

Alternativ 2 representerer en omfattende endring i forhold til dagens funksjonsfordeling i divisjon Elverum-Hamar. Med unntak av tilbudet innen akutt indremedisin, flyttes alle akuttfunksjoner til Hamar. Med ortopedi i tillegg til det allerede sterke kirurgiske miljøet på Hamar med gastrokirurgi, urologi, karkirurgi og intervensjonsradiologi, er forholdene lagt til rette for et bedre og langt mer komplett tilbud til traumepasientene. På samme måte gir en større nærhet mellom gastrokirurgi, urologi og gynekologi på Hamar, et bedre og mer komplett tilbud i forbindelse med kirurgi og uavklarte tilstander hos kvinner. Med samlokalisering av de kirurgiske fagene og pediatri, legges det i tillegg til rette for at barn og ungdom med behov for kirurgisk behandling kan innlegges i en barne- og ungdomsavdeling.

Det er lagt til grunn at tilbudet innen indremedisin ved Elverum opprettholdes uendret fra i dag. Alternativet vil bedre tilsynsfunksjon for akutt indremedisin på Elverum. En fortsatt stor indremedisinsk avdeling gir behov for at også akuttmottaket og intensivenheten videreføres som i dag

Investeringskostnader og driftsøkonomiske effekter

Behov for vaktordninger

I forbindelse med konkretisering av virksomhetsinnhold har Helse Sør-Øst RHF vurdert behovet for vaktlinjer i framtidig struktur. Det ble i arbeidet med «Konkretisering av virksomhetsinnhold», innhentet informasjon fra Vestre Viken HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Telemark HF og Sykehuset Østfold HF. Det ble besluttet at dagens standard for vaktordninger ved helseforetakene i Helse Sør-Øst skulle legges til grunn for vurdering av driftskostnader. Denne føringen ble videreført i utarbeidelse av rapporten «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft», og legges foreløpig til grunn for vurderingene i konseptfasen.

Vaktordningene innen generell indremedisin, anestesi og radiologi videreføres i tråd med dagens standard, på begge steder. Vaktordningene innen gyn/føde, pediatri, øye, ØNH, nefrologi, generell kirurgi/gastrokirurgi, urologi og karkirurgi videreføres og lokaliseres der akuttfunksjonen for fagområdet er. For fagområdet ortopedi vil vaktordningene være like i begge null-pluss alternativene. Dagens vaktordning videreføres der akuttfunksjonen er. Det etableres i tillegg en ny vaktordning på Elverum for den elektive døgnfunksjonen. Det legges foreløpig til grunn overlege i tilstedevakt fram til kl. 20.00, og hjemnevakt deretter. Det legges foreløpig ikke opp til LIS i vakt. Det vurderes i tillegg å være nødvendig med beredskap for operasjoner på kveld og natt. Dette ivaretas med hjemnevakt for operasjons- og anestesisykepleiere.

Helsetjenesten er i stadig utvikling og kravene til helsetjenesten endres raskt. I et tiårs perspektiv antas det at den faglige utviklingen vil påvirke vaktordningenes innretning. Det vil dermed være naturlig å revurdere behov for vaktordninger i tråd med dette i hver utredningsfase fram til ny struktur er etablert.

Behov for kapasitet og areal

Sykehusbygg HF har utfra virksomhetsfordelingen som er beskrevet over, beregnet kapasitets- og arealbehov for de to modellene.

Tabell 7 viser kapasitetsbehov i 2040 for null-pluss alternativene

Null-pluss alternativet

	Alternativ 1		Alternativ 2	
	Elverum	Hamar	Elverum	Hamar
Sum senger 2019	91	130	63	159
Sum senger 2040	94	144	72	164
Dialyse - plasser 2019	21	0	21	0
Dialyse - plasser 2040	29	0	29	0
Kjemoterapi - plasser 2019	2	9	3	9
Kjemoterapi - plasser 2040	3	13	4	13
Infusjon av legemidler - plasser 2019	3	3	2	4
Infusjon av legemidler - plasser 2040	4	4	3	5
Poliklinikk - ub-rom 2019	37	20	24	34
Poliklinikk - ub-rom 2040	51	29	33	47
Antall operasjonsrom døgnekirurgi 2019	3	6	2	8
Antall operasjonsrom døgnekirurgi 2040	3	7	2	9
Antall operasjonsrom dagkirurgi 2019	4	2	4	3
Antall operasjonsrom dagkirurgi 2040	5	3	5	4

Tabell 7 Kapasitetsbehov i 2040 for null-pluss alternativene, Sykehusbygg HF, 2022.

Målt i antall senger blir det en differanse på 22 i 2040 for de to modellene der alternativ 2 gir størst volum på Hamar og minst volum på Elverum.

Styringsgruppen la i sitt møte 14. desember følgende til grunn: «Det er lite aktuelt å foreslå et samlet volum av aktivitet på Elverum i et null-pluss alternativ som er mindre enn slik det er foreslått i Mjøs-sykehus alternativet.» Dette er oppfylt i begge alternativ. I alternativet med Mjøs-sykehuset har Elverum foreløpig en aktivitet som er beregnet å gi behov for 57 senger, 17 dialyseplasser, 8 kjemoterapi plasser, 4 plasser for infusjon av legemidler, 24 poliklinikkrom og 2 dagkirurgiske stuer. Dette forholdet kan bli endret hvis det blir nødvendig å flytte mer aktivitet ut av Mjøs-sykehuset.

Kapasitetsbehovet gir grunnlag for å beregne behov for areal innenfor de ulike funksjonsområdene. Disse vurderingene gjøres av Sykehusbygg HF. Tabellene under viser en foreløpig beregning av arealbehovet i erstatningssykehuset på Hamar. Det presiseres at vurderingen er gjort på et overordnet nivå. Dette vil bli detaljert og grundigere vurdert i løpet av steg 1 i konseptfasen.

Foreløpige beregninger av areal i erstatningssykehuset på Hamar (per 08.03.22)

I denne beregningen er ikke arealer til DPS med. Det er heller ikke beregnet arealer til ambulansestasjon eller en eventuell interkommunal legevakt.

Tabell 8 viser foreløpig beregnet arealbehov for somatiske funksjoner i null-pluss alternativ 1 og 2

			M1				
Hovedfunksjon	Delfunksjon	Romnavn kapasitets bærende rom	Kapasitets behov	Arealnorm	Totalt netto areal - Klinikk	b/n faktor	Totalt brutto areal - Klinikk
Opphold, somatikk	Normalsengeområde	Sengerom	144	32	4 608	2,4	11 059
Undersøkelse og behandling, somatikk	Dagområde	Dagplass	17	22	374	2,4	898
Undersøkelse og behandling, somatikk	Operasjon	Operasjon	10	120	1 200	2,4	2 880
Undersøkelse og behandling, somatikk	Oppvåkning	Oppvåkning	25	16	400	2,4	960
Undersøkelse og behandling, somatikk	Radiologi, CT og MR	Laboratorium	9	90	810	2,4	1 944
Undersøkelse og behandling, somatikk	Poliklinikk	Undersøkelse og behandling	29	30	870	2,4	2 088
Undersøkelse og behandling, somatikk	Poliklinikk	Undersøkelse og behandling	15	45	675	2,4	1 620
Klinikk	Delsum				8 937	2,4	21 449
			Grovt anslag bruttoareal M1		34 318		

			M2				
Hovedfunksjon	Delfunksjon	Romnavn kapasitets bærende rom	Kapasitets behov	Arealnorm	Totalt netto areal - Klinikk	b/n faktor	Totalt brutto areal - Klinikk
Opphold, somatikk	Normalsengeområde	Sengerom	166	32	5 312	2,4	12 749
Undersøkelse og behandling, somatikk	Dagområde	Dagplass	16	22	352	2,4	845
Undersøkelse og behandling, somatikk	Operasjon	Operasjon	14	120	1 680	2,4	4 032
Undersøkelse og behandling, somatikk	Oppvåkning	Oppvåkning	37	16	592	2,4	1 421
Undersøkelse og behandling, somatikk	Radiologi, CT og MR	Laboratorium	12	90	1 080	2,4	2 592
Undersøkelse og behandling, somatikk	Poliklinikk	Undersøkelse og behandling	46	30	1 380	2,4	3 312
Undersøkelse og behandling, somatikk	Poliklinikk	Undersøkelse og behandling	23	45	1 035	2,4	2 484
Klinikk	Delsum				11 431	2,4	27 434
			Grovt anslag bruttoareal M2		43 895		

Tabell 8 Foreløpig beregnet arealbehov i null-pluss alternativ 1 og 2, Sykehusbygg HF, 2022

Investeringskostnader og driftsøkonomiske effekter

Arealvurderingene over benyttes for å kunne estimere investeringskostnaden for nytt erstatningssykehus i Hamar. Sykehusbygg HF legger til grunn en kostnad per kvadratmeter på 82.500,- kroner inkludert utstyr (prisnivå - desember 2019) for å estimere kostnaden. Dette er på nivå med styringsrammen (P50) fordelt på kroner per kvadratmeter for nytt sykehus i Drammen (Vestre Viken HF). Dette gir en investeringskostnad på 2,83 milliarder for null-pluss alternativ 1 og 3,62 milliarder for null-pluss alternativ 2. I denne kostnaden er ikke arealer til

DPS med. Det er heller ikke beregnet kostnader for ny ambulansestasjon eller en eventuell interkommunal legevakt.

Driftsøkonomiske effekter

Det identifiseres driftsgevinster på et overordnet nivå i de to null-pluss alternativene. Effektene på driftsøkonomien har i hovedsak to drivere. Den ene effekten kommer som følge av geografisk samling og/eller desentralisering, og den andre effekten kommer som følge av bygningsmessige endringer (nybygg eller oppgraderinger).

De driftsøkonomiske effektene i null-pluss alternativet vil bli detaljert og vurdert på lik linje med alternativet med Mjøssykehuset, når virksomhetsinnhold, arealer og vaktordninger er bestemt.

Samordningseffekter

Effektene på klinisk personell og støttefunksjoner må utredes nærmere før totale nettoeffekter og forskjeller mellom null-pluss alternativ 1 og 2 kan tallfestes. I begge alternativer vil vaktordningene innenfor ortopedi endres i forhold til dagens vaktordning, ved at det skal være ortopedi på både Elverum og Hamar. En vaktordning med overlege i hjemmevakt fra klokken 20 estimeres til 4-6 millioner kroner per år. Denne effekten gjelder for begge alternativer og påvirker ikke valget mellom null-pluss alternativene. For øvrig vil vaktordningene forbli uendret samlet sett. Noen av vaktordningene flyttes fra Elverum til Hamar i alternativ 2, men innebærer ikke endringer i driftsøkonomien. Det legges også opp til videreføring av dagens vaktordninger innenfor fagområdene radiologi og laboratorietjenester i begge alternativer. Endelig beslutning om og konkretisering av vaktordninger vil ha betydning for beregningen av driftsgevinstene og vil kunne medføre større forskjeller mellom alternativene.

Samtidig må det gjøres vurderinger av potensialet for økt produktivitet ved at det etableres rene elektive pasientforløp i alternativene. Det må utredes nærmere om volumet er tilstrekkelig til å muliggjøre vesentlige produktivitetsforskjeller mellom alternativene på dette området. Andre faktorer som bør vurderes er om det er vesentlige forskjeller i behovet for MTU-utstyr med elektiv og poliklinisk virksomhet på to steder for fagområdene gyn/føde, ØNH, øye og barn. Sistnevnte kan medføre forskjeller mellom alternativ 1 og 2.

De økonomiske effektene for prehospitaltjenester og pasientreiser er ikke forventet å gi store netto utslag, siden det også i dag er en stor grad av funksjonsfordeling og pasienttransport mellom de to sykehusene. Dette må imidlertid vurderes nærmere.

En overordnet vurdering av FDV-kostnader indikerer marginale forskjeller mellom null-plussalternativ 1 og 2, som i praksis innebærer svært små forskjeller mellom alternativene på dette området.

Bygningsmessige effekter

Begge alternativer vil ha positive driftseffekter som følge av nybygg (Hamar) og oppgradering (Elverum). Erfaringsmessig vil forbedring av bygg og lokaler kunne utgjøre om lag 2-3 prosent reduksjon av driftskostnadene. Overordnede beregninger viser at dette vil utgjøre om lag 30-35 millioner kr. Det er forventet en noe større nybyggeffekt i null-pluss alternativ 2 enn i alternativ 1, men foreløpige estimer viser marginale forskjeller mellom alternativene.

Foreløpige vurderinger indikerer at det er små driftsøkonomiske forskjeller mellom alternativene, mens forskjeller i investeringskostnadene vil kunne være mer utslagsgivende i valget mellom alternativene. Det understrekes at endringer i forutsetningene vil kunne påvirke de foreløpige, overordnede vurderingene.

Oppsummering

Faglig sett vil begge alternativene forbedre funksjonsfordelingen sammenlignet med dagens løsning. Begge alternativene vil gi et mer komplett traumetilbud på Hamar og vil legge til rette for en tilsynsfunksjon innen gastrokirurgi for akutt indremedisin på Elverum. Alternativ 2 med samling av kirurgiske fag på Hamar, vil i tillegg gi større nærhet mellom gastrokirurgi, urologi og gynekologi i forbindelse med kirurgi og uavklarte tilstander hos kvinner. Dette alternativ vil også legge til rette for at barn og ungdom med behov for kirurgisk behandling kan innlegges i barneavdeling.

Foreløpige vurderinger indikerer at det er små driftsøkonomiske forskjeller mellom alternativene. Investeringskostnadene anslås til 2,83 milliarder for null-pluss alternativ 1 og 3,62 milliarder for null-pluss alternativ 2. I denne kostnaden er ikke arealer til DPS og ny ambulansestasjon med. Det understrekes at endringer i forutsetningene vil kunne påvirke de foreløpige, overordnede vurderingene.

I tråd med medvirkningsplanen for konseptfasen inviteres organisasjonen til å gi innspill til virksomhetsinnholdet i null-pluss alternativet. Følgende spørsmål ønskes besvart skriftlig:

Spørsmål 1

Hvilket null-pluss alternativ bør velges for en ytterligere detaljering fram mot beslutning om hovedalternativ i august 2022?

Spørsmål 2

Bør det gjøres endringer i virksomhetsinnholdet i dette alternativet? I så fall hvilke endringer?

Frist for innspill: 21. mars 2022 til Roger.Jenssen@sykehuset-innlandet.no