

SAK NR 079 – 2017

**VIDEREFØRING AV TIDLIGFASEARBEIDET I SYKEHUSET INNLANDET –
GODKJENNING AV IDÉFASERAPPORT MED ANBEFALING OM FRAMTIDIG MÅLBILDE**

Forslag til

VEDTAK:

1. Sykehuset Innlandet skal utvikle pasientens helsetjeneste gjennom samhandling med primærhelsetjenesten i kommunene, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og spesialiserte tilbud med høy kompetanse.
2. Styret gir sin tilslutning til et framtidig målbilde med et samlet tilbud innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i en modell med ett stort akuttpsykiatri, kalt Mjøssykehuset. Mjøssykehuset får en rolle som knutepunkt i et helhetlig spesialisthelsetjenestetilbud for hele Innlandet.
3. Styret tilrår, med bakgrunn i den gjennomførte idéfasen med tilhørende høringsinnspill, at Mjøssykehuset lokaliseres ved Mjøsbrua.
4. Styret anbefaler at følgende alternative løsninger utredes i konseptfasen:
 - a. Mjøssykehuset dimensjonert for å behandle pasienter innenfor de fagområder og lokalsykehusfunksjoner som beskrevet i saksutredningen. I tillegg til dimensjoneringen av Mjøssykehuset skal det i Sykehuset Innlandet utredes behov for døgnaktivitet på ett eller to andre sykehus i Mjøsregionen.
 - b. Nullalternativet

Alternativene skal vurderes for trinnvis og sammenhengende utbygging.

Sykehuset Innlandet HF må parallelt utvikle et tilbud i dagens sykehus tilpasset det framtidige målbildet med samhandlingsmodeller med primærhelsetjenesten, desentraliserte spesialisthelsetjenester, polikliniske tilbud og dagbehandling.

5. Styret finner at saken er tilstrekkelig utredet og belyst gjennom idéfaserapporten med underlagsdokumenter og den gjennomførte høringen. Styret godkjenner den fremlagte idéfaserapporten med de endrede rammebetingelser som er beskrevet.
6. Styret ber administrerende direktør oversende saken med anbefaling til behandling i Helse Sør-Øst RHF, og legger til grunn at det regionale helseforetaket overtar arbeidet med konseptfasen, inkludert utforming av mandat.

Brumunddal, 13. oktober 2017

Alice Beathe Andersgaard
administrerende direktør

Sammendrag

Sykehuset Innlandet står overfor store utfordringer i tiden fremover. I takt med den demografiske, medisinske og teknologiske utviklingen er utredning og behandling av pasientene i stadig endring. Fagmiljøer blir stadig mer avhengige av hverandre. Disse utviklingstrekkene betinger at Sykehuset Innlandet samler spesialiserte funksjoner og akutte områdefunksjoner og etablerer solide fagmiljøer som gir gode muligheter for innovasjon og høyspesialisert behandling til pasientens beste.

De fire største somatiske sykehusene ligger innenfor to prosent av Innlandets areal. Prehospitale tjenester og desentralisering av det som kan desentraliseres er derfor spesielt viktig i Innlandet. Medisinsk og teknologisk utvikling åpner for digitale løsninger og nye samhandlingsmuligheter og avanserte ambulansetjenester åpner sykehuset mot pasientens hjem.

I den nåværende strukturen, med fire jevnstore somatiske sykehus i fire byer, er det ingen som peker seg ut som naturlig egnet for nødvendig samling av funksjoner. En samling av de spesialiserte funksjonene og de akutte områdefunksjoner vil kreve rekruttering fra hele «Mjøsbyens» bo- og arbeidsmarkedsregion.

I idéfaseutredningen er det utredet en helhetlig løsning for Innlandet. I det målbildet legger Sykehuset Innlandet til rette for gode tjenester nær pasienten, samhandling med kommunehelsetjenesten, effektive prehospitale tjenester og et fremtidsrettet, spesialisert behandlingstilbud for hele pasienten.

Etter en samlet vurdering av utredningen utført i idéfasen og innkomne høringsinnspill, anbefales en framtidig sykehusstruktur med et hovedsykehus ved Mjøsbrua, Mjøssykehuset, hvor tilbud innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er samlokalisert. Dette er den modellen som best svarer på Innlandets utfordringer og som best legger til rette for god faglig kvalitet og utvikling av framtidige tilbud til pasientens beste. Denne modellen har også best økonomisk bæreevne.

Mjøssykehuset vil danne et knutepunkt i et nettverk som sikrer god faglige kompetanse helt fra pasientens hjem, via det lokale tilbud, til det mest spesialiserte på Mjøssykehuset.

Etableringen av en framtidig sykehusstruktur berører en rekke interesser. Det skal være en kvalitetsmessig god løsning for pasienter og pårørende, med gode pasientforløp og lik kompetanse til pasientene hele døgnet. Videre skal det utvikles et attraktivt kompetansemiljø med god ressursutnyttelse. Sykehusutvikling berører også organisasjonskultur og samfunnsmessige forhold. Innstillingen til framtidig sykehusstruktur bygger på en helhetlig vurdering hvor det er lagt særlig vekt på Sykehuset Innlandet sin ambisjon om å gi befolkningen gode spesialisthelsetjenester i tråd med faglig og teknologisk utvikling.

Bakgrunn

Mandat og tidligere styrebehandling

Helse Sør-Øst RHF godkjente oppstart for Sykehuset Innlandet sin idéfase i styresak 066-2014¹. Idéfasen bygger på foretakets utviklingsplan, som ble behandlet i styresak 046-2014².

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 Sykehuset Innlandet 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. Framtidig 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.

I tråd med tidligfaseveilederen³ skal det i idéfasen avklares hvilke av de utredede alternativ som er «div laga». At et prosjekt (eller en løsning) er «div 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 Innlandet. For å kunne fortsette å tilby moderne tjenester til hele Innlandet har det vært avgjørende å vurdere ulike modeller for framtidig somatisk sykehusstruktur i Mjøsregionen (definert som Elverum, Gjøvik, Hamar og Lillehammer). Følgende fire modeller er vurdert.

1. Fremtidig modell med nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua
2. Fremtidig modell med 2 store akuttisyrkehus i Mjøsregionen
3. Fremtidig modell med 3 store akuttisyrkehus i Mjøsregionen
4. Nullalternativet, videreføring av dagens modell

¹ Helse Sør-Øst RHF, Styresak nr. 066–2014: Sykehuset Innlandet HF – Søknad om oppstart idéfase

² Sykehuset Innlandet HF, Styresak 046-2014: Oppfølging av strategisk fokus 2025 – Fremleggelse av utviklingsplan

³ Helsedirektoratet, IS-1369 Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, desember 2011

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 tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering/rehabilitering og prehospitale tjenester.

Idéfaserapporten ble i tråd med mandatet lagt frem for styret i Sykehuset Innlandet i sak 077-2016⁴. Styret vedtok å sende rapporten på høring. I sak 005-2017⁵ ble høringsperioden berammet med høringsfrist 12. mai 2017. Etter endt høringsperiode, ble høringsuttalelsene lagt frem til orientering i styresak 055-2017⁶. I samme sak fikk administrerende direktør i oppdrag å komme tilbake med en innstilling til beslutning om framtidig sykehusstruktur til styremøtet i oktober 2017. Det ble videre gitt en orientering om status i idéfasen i styresak 069-2017.

Foreliggende sak gir et samlet beslutningsgrunnlag i idéfasen, bestående av idéfaserapport med underlagsdokumenter, samt innspill fra høringsinstanser.

Medvirkning

Idéfasearbeidet har vært organisert med en styringsgruppe, prosjektledelse og flere delprosjekter. Styringsgruppen har vært sammensatt av ledelse, hovedtillitsvalgte, hovedverneombud og leder av Brukerutvalget. Parallelt med høringsperioden er det avholdt interne innspillsrunder i møter med divisjoner, fagråd og tillitsvalgte.

I idéfasen har Sykehuset Innlandet aktivt orientert og involvert politisk referansegruppe, som består av representanter fra fylkeskommunene, de ti regionrådene i Innlandet, Kommunenes Sentralforbund, Pasient- og Brukerombudet og Brukerutvalget.

Det er avholdt en rekke informasjons- og temamøter med deltakelse fra pasient- og brukerorganisasjoner, fagmiljøer, offentlige instanser og andre interessenter.

Utviklingsplan

Sykehuset Innlandets utviklingsplan er godkjent av styret i Sykehuset Innlandet i sak 046-2014⁷, og behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF i styresak 066-2014⁸ med følgende vedtak:

- 1. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjenner oppstart av idéfase i tråd med Veileder for tidligfaseplanlegging. Gjennom idéfasen skal mulige løsninger/alternativer for å dekke behovet for sykehustjenester i Sykehuset Innlandet HF identifiseres. Arbeidet skal skje i tråd med vurderingene i saksframlegget og basert på mandatet gitt i styresak 047-2014 i Sykehuset Innlandet HF.*
- 2. Styret legger til grunn at eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022 og at fremdriften av arbeidet tilpasses dette. Dette innebærer bl.a. at arbeidet med konseptfase tidligst kan starte i 2017.*
- 3. Styret legger til grunn at arbeidet med idéfase i noen grad også er å anse som en fullføring av utviklingsplanen, slik at denne er komplettert før mandat for konseptfasen fremlegges for godkjenning.*

Sykehuset Innlandet har i tråd med dette gjennomført en omfattende idéfaseutredning, som er en forlengelse av utviklingsplanen fra 2014.

⁴ Sykehuset Innlandet HF, styresak nr 077-2016: Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – Fremleggelse av utkast til idéfaserapport

⁵ Sykehuset Innlandet HF, styresak nr 005-2017: Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – Høring av idéfasen

⁶ Sykehuset Innlandet HF, styresak nr 055-2017: Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – Fremleggelse av høringsuttalelser i idéfasen

⁷ Sykehuset Innlandet HF, Styresak 046-2014: Oppfølging av strategisk fokus 2025 – Fremleggelse av utviklingsplan

⁸ Helse Sør-Øst RHF, Styresak nr, 066–2014: Sykehuset Innlandet HF – Søknad om oppstart idéfase

Summen av utredningene som er fremstilt i Utviklingsplan (2014) og Idéfaserapport (2017) med delutredninger og høringsprosesser, representerer et prosess- og saksgrunnlag som setter Sykehuset Innlandet i stand til å kunne slutføre idéfasen.

Den gjennomførte idéfasen vil gi et godt grunnlag for utarbeidelse av en fornyet utviklingsplan for foretaket. Mange av kravene til Utviklingsplanen er gjennomført i forbindelse med idéfasen, blant annet framskrivning av pasientgrunnlaget for Innlandet og en god beskrivelse av faglige utviklingstrekk innen mange fagområder.

Det er påbegynt et arbeid med ny utviklingsplan for foretaket, jf. orientering i styresak 062-2017⁹. Planen skal beskrive hvordan Sykehuset Innlandet vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidige behov. Formålet er å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr. Samhandling, oppgavedeling og sykehus som virker sammen i nettverk skal være basis for utviklingsplanen.

Gjennom dette arbeidet kan Sykehuset Innlandet videreføre idéfasearbeidet gjennom utarbeidelse av konkrete planer og modeller for hvordan foretaket kan løse de organisatoriske endringer som foretaket må gjennomgå, frem til en ny struktur er på plass, for å virkeliggjøre pasientens helsetjeneste.

Oppdaterte rammebetingelser

Foretaksmøtet 29. juni 2017 besluttet å overføre Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus HF fra 2019. Sykehuset Innlandet er av Helse Sør-Øst RHF, bedt om å justere idéfasearbeidet slik at dette svarer til den kommende endringen av foretakets opptaksområde. Dette ivaretas i den vedlagte tilleggsrapporten der det presenteres oppdaterte beregninger av bæreevne på prosjekt- og helseforetaksnivå.

Helse Sør-Øst RHF har bedt Sykehuset Innlandet om å legge til grunn en foreløpig økonomisk ramme på åtte milliarder kroner. Eventuelle ytterligere investeringsbehov for Sykehuset Innlandet, utenfor rammen av åtte milliarder kroner, vil måtte gjennomgå en regional prioritering og behandles i henhold til etablerte fullmakter og veiledere. Sykehuset Innlandet kan søke lånefinansiering for investeringstiltak som er en direkte konsekvens av de strukturtiltakene som foretaket planlegger. Et slikt prosjekt skal være et engangstiltak for å oppnå målsettingen, men kan bestå av flere delprosjekter som er gjensidig avhengige av hverandre. Direkte avhengigheter kjennetegnes ved at dette er delprosjekter som må gjennomføres for å kunne oppnå funksjonelle og driftsmessige krav i henhold til målformuleringen.

Det er videre presisert at det skal gjøres en vurdering av trinnvis utbygging som et alternativ innenfor den foreløpige økonomiske rammen.

⁹ Sykehuset Innlandet HF, Styresak 062-2017, orienteringer: Utviklingsplan 2018-2035 for Sykehuset Innlandet – plan for arbeidet

Saksfremstilling

Behov for endring

Sykehuset Innlandet har betydelige utfordringer på kort og lang sikt. Mange fagmiljøer er små og sårbare og tilbudet til pasientene vil variere ut fra hvilket sykehus pasienten kommer til og når på døgnet pasienten kommer. Sykehuset Innlandet har over tid hatt utfordringer med rekruttering innen flere fagområder. Dagens struktur og oppgavefordeling gir kvalitetsmessige utfordringer knyttet til utnyttelse av kompetanse og ressurser der dette er lokalisert på ulike enheter. Dette medfører at pasienter må transporteres mellom ulike sykehus for å få utført undersøkelser og behandling i flere av behandlingsforløpene. Til tross for at behov for integrasjon mellom psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk, er disse adskilt både faglig og fysisk.

Rapporten «Faglige utviklingstrekk mot 2040» beskriver faglige utviklingstrekk og behov. Hovedpunktene gjentas her:

Pasientens helsetjeneste – den nye pasientrollen

Gjennom vedtaket i Nasjonal helse- og sykehusplan¹⁰ har Stortinget tydeliggjort oppdraget med å skape pasientens helsetjeneste. Pasienten skal medvirke i utformingen av tjenesten, delta i valg av egen behandling og få bedre muligheter til å mestre eget liv. Endringer i lovverket har bidratt til at pasientene har utviklet seg fra å være passive mottakere av helsetjenester til å bli langt mer aktivt medvirkende. Mange pasienter er godt informerte og ønsker å være en aktiv medspiller i beslutninger knyttet til egen helse. Pasientene vil i økende grad stille krav til tilgjengelighet, valgfrihet og åpenhet. Denne utviklingen vil fortsette og kravene og forventningene til spesialisthelsetjenesten vil øke. Det er uansett sykehusstruktur nødvendig å endre kultur, holdninger, organisering og ledelse for å møte denne utviklingen. Med «fritt behandlingsvalg» kan pasientene velge hvor de vil bli behandlet. Dette forsterker betydningen av at Sykehuset Innlandet prioriterer endringsarbeidet og settes i stand til å gi befolkningen et bredt tilbud av spesialisthelsetjenester av høy kvalitet.

Demografi og sykdomsutvikling

Innlandets befolkning øker med 14 prosent frem mot 2040. Justert for bortfallet av Kongsvingers opptaksområde, skal Sykehuset Innlandet dekke behovet for spesialisthelsetjenester til ca. 400 000 innbyggere i 2040. Veksten er størst i aldergruppen over 70 år hvor det forventes en økning på ca. 73 prosent.

Den gjennomsnittlige levealderen øker og flere av de eldste vil ha store behov for helsetjenester. Sykehuset Innlandet skal tilby gode helsetjenester til alle innbyggere i Innlandet, men vil ha spesiell oppmerksomhet på pasientforløp i de sykdomsgruppene som vil dominere fremover. Over halvparten av tapte leveår skyldes kreft og hjerte- og karlidelser og rammer særlig den eldre delen av befolkningen. Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser gir flest år med helsetap og rammer oftest folk i yrkesaktiv alder. De sykdomsgruppene som er størst i dag vil også øke kraftig fram mot 2040.

Økningen av antall pasienter med sammensatte lidelser har stor betydning for kapasitets- og samhandlingsbehov, både i og mellom sykehus, og mellom sykehus og kommunale tjenester. Dette er vektlagt i utredningen.

Pasientbehandling og kapasitet

Økningen i andelen eldre bidrar til at den totale aktiviteten (antall pasientkontakter) vil øke frem til 2040. Denne økningen vil i hovedsak komme innenfor dagbehandling, poliklinisk behandling og

¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015

dagkirurgiske inngrep. Utviklingen innenfor medisinsk behandling med overgang fra at pasientene legges inn i flere dager til at pasienten kommer, behandles og reiser hjem samme dag, vil fortsette både i somatikk og psykisk helsevern. Dette vil stille andre krav til arbeidsformer og behandlingssteder. Forutsatt en fortsatt omlegging fra døgnbehandling til dagbehandling og at overføringen av aktivitet til kommunehelsetjenesten fortsetter, vil antall liggedager innenfor somatikk være omtrent som i dag. Innenfor psykisk helsevern forventes en økning i aktivitet på distriktpsykiatriske sentre (DPS) og en reduksjon i liggedøgn innenfor sykehuspsykiatrien. Innenfor fagfeltet habilitering og rehabilitering forventes en større overføring til kommunene og dermed færre liggedøgn i 2040. Samlet betyr dette at behovet for senger i 2040 forventes å være omkring dagens nivå (dagens bemannede senger) til tross for at andel eldre øker.

Utvikling av prehospitaler tjenester

Driverne for endring i de prehospitaler tjenester vil være de samme som for foretaket som helhet; demografiske utfordringer, med en stadig eldre befolkning som bor hjemme med flere og mer komplekse sykdommer og utviklingen innen medisin og teknologi. Tidlig prehospital undersøkelse, behandling og transport til rett nivå i helsetjenesten kan være livreddende og fører også til raskere rehabilitering, mindre funksjonstap og bedre helse på sikt. Det er god samfunnsøkonomi å møte akutt sykdom og skade tidligst mulig med høy fagkompetanse og effektiv transporttjeneste¹¹.

Kommuner og helseforetak har et felles ansvar for den akuttmedisinske beredskapen, i henhold til akuttmedisinforskriften § 4. Det bør derfor lages felles akuttmedisinske planer på tvers av forvaltningsnivå¹². Ambulansepersonell og legevaktsleger utgjør et godt utgangspunkt for akuttmedisinske team de fleste steder i Innlandet. Pasienter med for eksempel mistenkt hjerteinfarkt, hjerneslag eller traumer, skal raskt transporteres til senter som har ressurser og kompetanse for å behandle komplekse tilstander. Prehospitaler tjenester vil ha en viktig rolle i å identifisere alvorlig sykepasienter, og å sikre rask og kompetent transport til sykehus. Dette vil stille store krav til effektive transportløsninger.

Teknologisk utvikling gir økt mulighet for at diagnostisering, behandling og beslutning om omsorgsnivå kan flyttes helt ut til pasientens hjem. Dette vil stille krav til kompetanse hos involvert personell, kvalifisert medisinsk beslutningsstøtte fra spesialisthelsetjenesten og god samhandling med ulike aktører innen helsetjenesten.

Endring i tilgang på arbeidskraft

Endringer i alderssammensetningen i befolkningen vil gi økt etterspørsel etter helsetjenester, samtidig som vi vil få en redusert tilgang på arbeidskraft¹³. Forholdet mellom antallet som trenger å bli forsørget og antallet som er i yrkesaktiv alder var 4,8 i 2010, og forventes å synke til 4,0 i 2020 og videre til 2,5 i 2060. Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver et behov for 40 000 flere helsearbeidere i 2040 sammenlignet med dagens nivå. Det tilsvarer 40 prosent flere helsearbeidere enn i dag. Tatt i betraktning framtidig antall innbyggere i yrkesaktiv alder, vil det være urealistisk å utdanne så mange helsearbeidere innen 2040¹⁴. Dette blir en betydelig utfordring og krever vesentlige endringer i måten vi organiserer våre tjenester.

Foretaket bidrar selv til betydelig utdanning og kompetanseutvikling gjennom samarbeid med universitet og høyskoler. Et nært samarbeid med utdanningsinstitusjonene er svært viktig for å sikre utdanningsløp som er målrettet for sykehusenes behov.

¹¹ NOU 2015:17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutt sykdom og skade utenfor sykehus

¹² NOU 2015:17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutt sykdom og skade utenfor sykehus

¹³ Behovet for spesialistkompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030. Helsedirektoratet, 02/2012. IS-1966

¹⁴ Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015

Høyere krav til kvalitet og kompetanse

Den generelle samfunnsutviklingen, og utviklingen innen de medisinske fagområdene, fører til stadig flere muligheter for høyspesialisert behandling av sykdommer. Helsedirektoratets gjennomgang av behovet for spesialistkompetanse mot 2030 beskriver en klar trend mot økende spesialisering og mindre breddekunnskap. Det finnes i dag 45 ulike medisinske hoved- og grenspesialiteter. Behovet for spisskompetanse vil sannsynligvis tilta ytterligere med økende kunnskap. Ikke bare legefaget spesialiseres. Innenfor sykepleie er det i dag 26 ulike faggrupper. I tillegg spesialiseres også mange andre helseprofesjoner som bidrar i pasientforløpet. Teknologisk og faglig utvikling medfører behov for rekruttering av yrkesgrupper som tradisjonelt ikke har jobbet i sykehus, som fysikere, informatikere, teknologer, biostatistikere og ulike grupper ingeniører for å nevne noen. Spissingen av kompetanse innebærer bedre pasientbehandling og samarbeid mellom faggrupper i team rundt pasienten. Den økende spesialisering krever samling av fagområder for å sikre store nok pasientvolum og god nok utnyttelse av utstyr og ressurser.

Parallelt med den økte spesialiseringen er det behov for god breddekunnskap. Dette ser man blant annet i akuttmedisinen, der det kreves rask og god diagnostikk og behandling av uavklarte tilstander. Med stadig økende spesialisering innen indremedisinen, vil det være vanskelig for subspecialistene å opprettholde bred kompetanse innen akuttmedisin. Den nye spesialiteten i akutt- og mottaksmedisin imøtekommer dette behovet. Leger med den nye hovedspesialiteten er tenkt å ha hovedansvar for akuttmottak, inklusiv prioritering, diagnostisering og oppstart av behandling. Spesialisten skal kunne benyttes i observasjonsposter i tilknytning til akuttmottak og skal kunne delta i de små sykehusenes vaktlag. Denne løsningen beskrives også i Nasjonal helse- og utviklingsplan.

Den nye spesialiststrukturen innebærer at spesialiteter som tidligere har vært såkalt subspecialiteter nå blir hovedspesialiteter. For eksempel vil ikke lenger en lege som utdanner seg til urolog få spesialiteten generell kirurgi, og en som blir kardiolog må ikke ha spesialiteten generell indremedisin. Det vil imidlertid fortsatt være mulig å få spesialiteten generell indremedisin, mens generell kirurgi er fjernet. Oppgavene forutsettes ivarettatt av gastrokirurger. Konsekvensutredningen av forslaget til ny spesialistutdanning konkluderer med at den nye spesialiststrukturen ikke bør få konsekvenser for organisering i seksjoner og avdelinger. Den nye spesialitetsstrukturen ser altså ut til å kunne implementeres i Sykehuset Innlandet uten særskilte utfordringer. Når det gjelder selve spesialistutdanningen er det imidlertid store utfordringer med dagens desentraliserte struktur. Den nye spesialistutdanningen for leger krever tilgang til simuleringslaboratorier og personale med veilederkompetanse ved alle sykehus i Sykehuset Innlandet som skal utdanne leger. Også når det gjelder læringsmål som skal oppnås gjennom klinisk praksis ser man utfordringer, da det i de fleste utdanningsløp vil være behov for å gjennomføre enkelte læringsmål ved andre sykehus i Sykehuset Innlandet enn der legen primært er ansatt. For eksempel er tjeneste under supervisjon av nyrelege anbefalt for alle som skal ha en av de indremedisinske spesialitetene. Utdanningsstillinger utgjør opp til 40 – 50 prosent av legeårsverkene i helseforetakene, og det antas derfor et utstrakt behov for hospitering ved andre sykehus, vil ha betydelige konsekvenser for produktivitet og pasientbehandling ved avdelingene. Videre er det grunn til å tro at Sykehuset Innlandet blir mindre attraktivt som utdanningsinstitusjon sammenlignet med foretak som kan tilby et mer samlokalisert utdanningsløp. Om man går inn for en modell med et Mjøssykehus i Sykehuset Innlandet, er det sannsynlig at behovet for tjeneste ved andre foretak vil reduseres. Dette vil gjøre det enklere å holde på fagfolk som er kommet langt i spesialiseringen.

Flere fagmiljø rundt pasienten

Med økende forventet levetid og bedre overlevelse av aldersrelaterte sykdommer, vil vi få en pasientpopulasjon med mange eldre som har flere lidelser. Disse vil ofte ha behov for tilsyn og behandling av flere spesialiteter under en og samme innleggelse

Et viktig krav til en ny struktur i Sykehuset Innlandet er at det skal være tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot slik at flytting av pasienter mellom sykehus unngås.

Akutt syke pasienter og pasienter med uavklarte sykdommer skal møtes av personale på spesialistnivå hele døgnet. Hvis en kvinne med akutte smerter i magen innlegges, vet man ikke om det er behov for kompetanse innen gynekologi, gastrokirurgi, urologi, karkirurgi eller indremedisin. Disse fagene er i dag lokalisert til ulike sykehus. Samlokalisering av faglige avhengigheter er en forutsetning for å sikre vurdering av komplementære team med høy kompetanse. Den økte spesialiseringen vil kreve at en samler enkelte tilbud ett sted i foretaket for å sikre at pasientene møter helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse og erfaring (volum). En større samling av spesialiserte funksjoner vil gjøre det mulig å tilby mer høyspesialiserte tjenester i Innlandet. Solide fagmiljøer lokalisert ved ett stort sykehus vil også gi en økt fleksibilitet og være en god base for å tilby flere tjenester desentralt.

Framtidig driftskonsept

Skal realiseringen av pasientens helsetjeneste oppfylles, må vi endre måten vi organiserer og planlegger virksomheten på. Dette må gjøres uavhengig av modell for framtidig sykehusstruktur. Helseforetaket må endre fokus til hva som har verdi for pasienten, noe som medfører behov for nye organisasjonsmodeller som fremmer tverrfaglig samarbeid på en bedre måte og gir felles ressursutnyttelse.

Pasientflytorienterte organisasjonsmodeller strukturerer tilbudet i pasientforløp. Tiden pasienten er i et forløp forkortes, samtidig som pasienten opplever sikkerhet og kontinuitet når de behandles av samme team gjennom hele forløpet. De sykehusene som lykkes med dette, har også gode økonomiske resultater.

Sykehuset Innlandet vil med dette som grunnlag vektlegge planlegging av pasientforløp fra hjem til hjem. Dette vil inkludere prehospitale tjenester, lokale tilbud i og utenfor Mjøsregionen, og tilbud ved den mest spesialiserte enheten.

Behov for moderne bygg

Sykehuset Innlandet har i dag virksomhet på mer enn 40 steder, inkludert seks somatiske og to psykiatriske akutt sykehus. Tilstands- og egnethetsanalysen som er gjort av alle akutt sykehusene viser utfordringer ved å tilpasse bygningsmassen til framtidig funksjonell sykehusdrift. Store deler av bygningsmassen er av eldre dato og er bygget for en annen virksomhet enn dagens. Sykehuset Innlandet klarer ikke med dagens drift å skaffe tilstrekkelige midler til å vedlikeholde bygningsmassen, dette har gitt et betydelig etterslep i vedlikehold. Denne utfordringen vil øke i fremtiden hvis dagens struktur videreføres. For å kunne prioritere midler til pasientbehandling, er det behov for en betydelig effektivisering av bygningsmassen. Den sterke utviklingen innen teknologi og behandlingsformer vil kreve en fleksibel og tilpassningsdyktig bygningsmasse. For Sykehuset Innlandet vil det innebære store ombygginger og rehabilitering av eksisterende bygningsmasse eller nybygg.

Drøfting av momenter fra høringen

I den gjennomførte høringen ble høringsinstansene bedt om å uttale seg om flere tema:

- Utvikling av desentraliserte tjenester
- Vurdering av aktuelle modeller
- Samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Aktivitet i dagens sykehusbygg
- Samfunnsmessige konsekvenser

Sykehuset Innlandet mottok innspill fra 107 instanser i høringsprosessen i idéfasen. Høringsuttalelsene er fremlagt og oppsummert i styresak 055-2017. De fleste høringsinstansene er enige i de utviklingstrekkene idéfaserapporten beskriver og støtter at det må gjøres endringer i dagens sykehusstruktur. Høringsinstansene knytter imidlertid ulike premisser og forutsetninger til sine uttalelser. Disse gjelder innenfor flere temaer og vurderes nedenfor.

Utvikling av desentraliserte tjenester

Volum forutsatt overført til kommunene

Enkelte høringsinstanser mener volumet som er forutsatt overført til kommunene er urealistisk. Antall pasienter som er forventet å kunne bli behandlet i kommunene er basert Sykehusbygg HF sine framskrivninger og endringsfaktorer de har lagt inn i disse beregningene. Det kan være krevende for flere kommuner med liten eller negativ befolkningsvekst og en stor økning av andel eldre å klare det økte pasientvolumet. Sykehuset innlandet ønsker via satsning på desentralisering av tjenester og en tettere samhandling med primærhelsetjenesten å bidra til at kommunene lykkes med denne oppgaven. Sykehuset Innlandet har beskrevet denne faktoren som en utfordring og vil i videre utredning ha oppmerksomhet på utviklingen av dette området.

Desentralisering

Et stort flertall av høringsinstanser er opptatt av videreutvikling og styrking av de desentraliserte tjenestene og mange høringsinstanser forutsetter en videreutvikling av samhandling med kommunene og en riktig arbeidsdeling med de gjenværende sykehus eller desentraliserte tjenester. Enkelte høringsinstanser og enkelte interne innspill uttrykker at nivået som forutsatt desentralisert er urealistisk. Volumet som er forutsatt lagt til lokal medisinske sentre (LMS) i utredningen er på nivå med dagens Hallingdal Sjukstugu og lavere enn ved Alta sykestue, og vurderes forsiktig tatt i betraktning de forventede mulighetene som ligger i den medisinske- og teknologiske utviklingen. En slik desentralisering krever imidlertid at det frigjøres kapasitet og ressurser i Mjøsregionen.

Det er en internasjonal trend at spesialisthelsetjenesten i større grad kommer ut til brukerne, godt hjulpet av teknologiske løsninger. Sykehuset Innlandet yter i dag også spesialisthelsetjenester utenfor sykehusene i distriktspyskiatriske sentre, lokal medisinske sentre, spesialistpoliklinikker, dagtilbud og ved ambulante tjenester. Disse tilbudene bør utvides, men nivået vi avhenge av antall sykehus i Innlandet. De desentraliserte sykehus-tjenestene bør samlokaliseres med andre offentlige og eller private helsetilbud. Samlokalisering kan gi faglige og driftsøkonomiske synergieffekter og øke tjenestekvaliteten ved at brukerne får flere tjenester samme sted. Også dagens sykehus kan bli en arena hvor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samhandler, samarbeider og samlokaliserer tjenester til befolkningen.

Det kan være store variasjoner i størrelse, innhold og organisering av de desentraliserte tjenestene, avhengig av blant annet befolkningsgrunnlag og avstander. Idéfaserapporten gir eksempler på hvilke tilbud som kan desentraliseres. En ser for seg at en i lokalmedisinske sentre kan gi tilbud om innleggelse av selekterte og forhåndsdefinerte pasientgrupper der en ikke forventer et intensivbehov eller akutt alvorlig forverring. Dette kan være pasienter der diagnostikk er utført ved akutt sykehus og behandling er påstartet. For eksempel kan det ved lokal medisinske sentre videreføres intravenøse antibiotikakurer, tilbys rehabilitering etter hjerneslag eller lindrende behandling ved livets slutt.

Foretaket har en klar ambisjon om å desentralisere det som kan desentraliseres, dog i en balanse hvor enhetene kan drives faglig og økonomisk forsvarlig. Planleggingen må skje i tett samarbeid med kommunene.

Utvikling av prehospitaltjenester

I høringen kommer det klart frem at gode prehospitaltjenester er en forutsetning og bør være et satsningsområde i planleggingen av fremtidens sykehusstruktur. Godt utbygde prehospitaltjenester vil være viktig for å være tilstede i hele Innlandet. I tillegg kommer det i høringen frem usikkerhet om konsekvensene av lenger reisevei til akutttilbud. Denne usikkerheten er naturlig og er i utredningen vurdert av prehospitaltjenester og omtalt i rapporten «Faglige utviklingstrekk mot 2040», samt i «Idéfaserapporten».

Sykehuset Innlandet legger til grunn at planlegging av de prehospitaltjenestene er viktig i utredningen av framtidig sykehusstruktur uansett valg av modell. Fra å være en ren transporttjeneste

har ambulansetjenesten utviklet seg til å bli sykehusets forlengede arm ut i befolkningen, med høyere kompetanse og bedre tilgang til moderne medisinsk utstyr. Det medfører at pasienten i større grad kan stabiliseres og at behandlingen kan iverksettes prehospitalt¹⁵. Sentralisering av sykehus eller fagtilbud vil påvirke reiseavstand og reisetid. Med større grad av prehospital diagnostikk og behandlingsoppstart vil viktige medisinske tiltak kunne iverksettes før ankomst til sykehus. I nyere sentrale utredninger er det mer fokus på prehospital responstid (dvs. hvor lang tid det tar før ambulansen er hos pasienten) enn prehospital transporttid (hvor lang tid transporten tar til sykehuset). Sentralisering av sykehus eller fagtilbud vil ikke påvirke responstiden.

I en analyse bestilt av Helse- og omsorgsdepartementet ved Akuttutvalget¹⁶ analyseres samvariasjon mellom avstander innen legevaktområder og til sykehus på den ene siden og innleggelse i sykehus og dødelighet på den andre siden. Analysen ble gjort for tre utvalgte diagnoser, hjerteinfarkt, hjerneslag og kols/astma. De finner ikke signifikante sammenhenger mellom reisetider til legevakt og/eller reisetid til sykehus og dødelighet i noen av modellene.

Vurdering av aktuelle modeller

Samling av spesialiserte funksjoner

Behovet for samling av funksjoner støttes av svært mange høringsinstanser, inkludert pasient- og brukerorganisasjonene. De fleste interne innspillene støtter også en slik samling. Noen høringsinstanser ønsker imidlertid en struktur med flere store akuttisykehus i Mjøsområdet. De fleste i denne gruppen ønsker tre store akuttisykehus, noen færre to store akuttisykehus. Ønsket om flere store akuttisykehus begrunnes med at dagens sykehus er gode for de fleste pasientene og gir større nærhet for befolkningen. Noen høringsinstanser mener at ett stort akuttisykehus vil gi stordriftsulemp. Et annet innspill er frykt for at et nytt sykehus ikke vil bli bygget stort nok.

En viktig ambisjon for Sykehuset Innlandet og et definert vurderingskriterium for en ny struktur, er at den akutt syke pasienten møtes av personale med høy kompetanse hele døgnet hele året slik at pasienten får en god start i riktig pasientforløp. Dette er et sentralt og viktig tiltak for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. En omfattende gjennomgang og begrunnelse for dette finnes i rapporten «Faglige utviklingstrekk mot 2040». I tillegg til kravet om å bli møtt av multidisiplinære team med høy kompetanse, begrunner utredningen behovet for å samle fagmiljø til mer solide enheter. Slik oppnås en økt fleksibilitet og kompetansen er til stede i avdelingen også ved fravær ved kurs, permisjoner, ferieavvikling eller sykdom¹⁷.

Pasienter som er multisyke, eller har sammensatte problemstillinger, trenger oppfølging av flere forskjellige spesialister fra ulike profesjoner med utfyllende spisskompetanse. Disse må være tilstede når pasienten har behov for det.

Forholdet mellom størrelse, effektivitet og kvalitet

Det er hos noen høringsinstanser og i enkelte fagmiljø innenfor volumfagene indremedisin og ortopedi, en bekymring for om disse avdelingene vil bli for store. Medical Management Centrum, Karolinska Institutet¹⁸ har gjennomgått forskningslitteratur om sykehusstørrelse knyttet til kvalitet og kostnadseffektivitet i perioden 1999 til 2014 med følgende funn:

- Sykehus med høyt volum har bedre pasientresultater enn sykehus med mindre.
- Det kan ikke statistisk hevdes at sykehus med høyt volum er mer kostnadseffektive enn sykehus med mindre.

¹⁵ NOU 2015:17. Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.

¹⁶ Dødelighet og avstander til akuttmedisinske tjenester – en eksplorerende analyse, Aleksandersen Nina, Hagen Terje P, Avdeling for helseledelse og økonomi UiO. 2015.

¹⁷ Dnlf sin rapport «Sykehus for fremtiden»

¹⁸ Mats Brommels, Ulrika Vintmyr, Bör liten bli stor? Sjukhusstorlekens betydelse för vårdens resultat och kostnadseffektivitet. En sammanställning och analys av vetenskaplig evidens Medical Management Centrum, Karolinska Institutet, Stockholm, 2015

- Stordriftsfordeler kan oppnås ved sykehus som har fra 200 senger og stordrifts «ulempene» kan oppstå fra 400-600 senger.
- De sykehus som unngår dette er de som klarer å organisere virksomheten i mindre funksjonelle enheter. Om man organiserer driften i slike enheter er det mulig å dra nytte av kompetanse på tvers og utnytte felles ressurser og dermed unngå ulempene.

I de alternativene hvor det etableres en eller to enheter utenfor hovedsykehuset med indremedisin og eller planlagt ortopedi, vil hovedsykehuset få omtrent 400 somatiske senger og 170 senger for psykisk helsevern, noe som i henhold til funnene ligger i et nivå som vil kunne gi stordrifts «ulempene» uten tiltak.

Planlagt areal i ny struktur

Noen høringsinstanser har påpekt en bekymring for de endringsfaktorene som er lagt til grunn for dimensjonering, både i for beregnet arealbehov og antall døgnplasser.

I vurderingskriteriene beskrevet i sak 057-2015 har styret i Sykehuset Innlandet vedtatt at ny struktur skal realisere målet om «moderne og hensiktsmessige behandlingsfasiliteter og en tilstrekkelig fleksibel bygningsmasse, herunder enerom for pasientene.» Enerom er i studier vist å øke pasientsikkerheten, gi bedre konfidensialitet, økt fleksibilitet og bedre pasientmiljø. Erfaringer fra andre gjennomførte prosjekter, viser at overgangen til ensengsrom øker utnyttelsen av sengene slik at samme sengetall i realiteten vil gi større kapasitet. Ved basisutnyttelse er det beregnet et behov på ca. 600 senger for somatikk (uten Kongsvinger), hvilket er tilsvarende dagens sengetall (bemannede senger). Erfaringen fra de siste ti år er at liggetiden på sykehus blir kortere og at antall polikliniske- og dagkirurgiske opphold øker. Dette skyldes flere forhold. Medisinen og medisinsk teknologi utvikles slik at behandlingen blir bedre og pasienten ligger kortere på sykehus. Samhandlingsreformen bidrar til at pasientene blir tidligere overført til tilbud i primærhelsetjenesten. En må anta at denne trenden vil fortsette.

Det er også tendenser til at pasienter i større grad ønsker å ta ansvar for egen behandling og gjøre dette fra eget hjem¹⁹. Dette vil påvirke framtidig behov for sengeplasser i sykehus. Hvis disse trendene viser seg ikke å slå til eller hvis det forventede volumet som forutsettes overført til kommunene viser seg å være for stort, må det justeres for dette. Dette er endringer som vil komme over tid og som foretaket dermed må ta hensyn til, slik en har gjort med tidligere endringer.

Samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Samlokalisering av tilbud innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får bred oppslutning hos høringsinstansene. Det er også noen få høringsinstanser som ønsker å beholde en delt løsning. Disse argumenterer for at dagens tilbud er godt, at avstanden mellom de psykiatriske sykehusene og de somatiske sykehusene ikke er lang, og at pasientgruppen har nytte av rolige skjermede omgivelser.

Sykehuset Innlandet vektlegger den faglige argumentasjonen som er gjort rede for i Nasjonal helse- og sykehusplan. Her legger Stortinget til grunn at somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling må integreres bedre i framtidens spesialisthelsetjeneste slik at pasientenes behov for sammensatte tjenester imøtekommes. Det vises til at pasienter med alvorlig psykisk lidelse dør 15-20 år tidligere enn normalbefolkningen, hovedsakelig på grunn av somatiske sykdommer^{20 21}. Det poengteres at mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer skal ha like rask og god utredning og behandling av sine somatiske helseproblemer som andre pasienter²². Studier viser at en

¹⁹ Bortom IT, Om hälsa i ett digitalt samhälle, Institutet för Framtidsstudier, Forskningsrapport 2016/2, Stockholm 2016

²⁰ Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015

²¹ Taggart og Brown et al, 2010

²² Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015

bedre integrert tjeneste også er viktig for somatisk innlagte pasienter. Det er en betydelig underdiagnostisering av psykiske lidelser og rusproblemer hos pasienter innlagt ved somatiske avdelinger. Eksempelvis har ca. 30 prosent av mennesker med en eller flere kroniske somatiske sykdommer også psykiske problemer²³. Depresjon og angst fører til signifikant dårligere prognose hos mennesker med diabetes, hjerte- karsykdom og andre kroniske lidelser²⁴.

En bedre integrert tjeneste er også viktig ut fra et ressursperspektiv. Inadekvat håndtering av psykiske problemer i somatisk sykehus er direkte relatert til økt re-innleggelse²⁵. Det er også kjent at mennesker med psykisk sykdom bruker signifikant mer somatiske helsetjenester enn andre²⁶.

Utredningen gjort i idéfasen viser at pasientene vil bli ivaretatt på en bedre måte ved at sammensatte problemstillinger kan behandles på samme sted og at transport mellom de ulike sykehusene unngås. Svært mange psykiske lidelser har en nær sammenheng med biologiske forandringer og fordrer tverrfaglig spesialisert kompetanse og tilgang til undersøkelse av blod, spinalvæske og bildediagnostikk. Den store økningen i andel eldre i Innlandet vil gi behov for samlokalisering av alderspsykiatri, geriatri og nevrologi. Utredningen refererer også til andre pasientgrupper som har behov for integrerte tjenester, eks. barn og ungdom. En samlokalisering vil føre til mindre stigma for psykiatriske pasienter og gi bedre tilgang til de ulike fagfeltenes kompetanse og tjenester. I en situasjon med få spesialister og begrenset ressurstilgang er det viktig å ha en struktur som benytter tilgjengelig kompetanse og vaktordninger på best mulig måte.

En samlokalisering vil også gi mulighet for felles akuttmottak i Innlandet, i tillegg til et eget rusakuttmottak. Samtidig er det viktig at bygningsmassen tilrettelegges for pasientgruppen, slik at behovet for nødvendig skjerming ivaretas. På grunn av arealkrav vil en slik samlokalisering være krevende å realisere i modeller som legger opp til bygging på eksisterende sykehus, i modellene med to og tre store akuttsykehus.

Oppsummert vurderer Sykehuset Innlandet at kravet om samlokalisering er godt faglig begrunnet og er en tydelig ønsket utviklingsretning i Nasjonal helse- og sykehusplan²⁷. Dette støttes av et stort flertall av høringsinstansene. Målet er å sikre at alle pasienter får et helhetlig tilbud på ett sted.

Aktivitet i dagens sykehusbygg

Noen høringsinstanser forutsetter at det fortsatt skal være en viss aktivitet i dagens sykehus, mens andre mener at volumet som er forespeilet lagt utenfor hovedsykehuset er for stort og vil gi en mer krevende drift. Interne fagmiljøer er særlig skeptiske til enheter med akutt indremedisin utenfor hovedsykehuset.

Sykehuset Innlandet legger til grunn at Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver et sykehusnivå definert som akuttsykehus, med akutt indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi²⁸. Det er i utredningen forutsatt at eventuelle sykehus med kun indremedisinske akuttfunksjoner innrettes mot pasienter med tydelig eller kjent sykdomsbilde. De pasientene som kommer til sykehus med et uavklart eller sammensatt behov eller med mulige tilstander i grenselandet mellom indremedisin og kirurgi skal henvises direkte til det sykehuset som har akuttfunksjon for både indremedisin og kirurgi.

Den nye spesialiteten i akutt- og mottaksmedisin legger til rette for en nivådeling, hvor det i tillegg til det spesialiserte sykehuset kan være enheter med generell indremedisin hvor vurderingskompetanse og generell kompetanse vektlegges. Den nye spesialiteten innen akutt- og mottaksmedisin vil her ha hovedansvar for diagnostisering og prioritering.

²³ Naylor et al, 2012

²⁴ Katon et al, 2005, Jünger et al, 2005

²⁵ Joint commission panel for mental health 2013

²⁶ Droning et al, 2015.

²⁷ Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015

²⁸ Helse- og omsorgsdepartementet, Meld. St.11, Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015

På tross av vedtaket av Nasjonal helse- og sykehusplan, er det i fagmiljøene en skepsis til sykehus med akutt indremedisin uten gastrokirurgi. Dette kan eventuelt imøtekommes med planlagt tilbud innen gastrokirurgi ved samme enhet. Dette vil gi en tilstedeværelse av gastrokirurgisk kompetanse daglig eventuelt med vaktordning. Et annet alternativ er at enhetene utenfor Mjøssykehuset kun har planlagt virksomhet.

Sykehuset Innlandet har nå en unik mulighet å kunne vurdere innholdet og utvikle aktiviteten i eksisterende sykehus parallelt med planleggingen av Mjøssykehuset. På denne måten kan pasientens behov og utviklingen av fagområdene bli ivaretatt gjennom fleksibiliteten som ligger i å ha mulighet for aktivitet i gjenværende sykehus.

Samfunnsmessige konsekvenser

Flere høringsinstanser påpeker de negative samfunnsmessige konsekvensene av en sykehusetablering utenfor de største byene. Andre vurderer de negative samfunnsmessige konsekvensene i lys av realiseringsmuligheter, regionale utviklingsbehov, infrastrukturprosjekter og ser muligheter for avbøtende tiltak.

Fylkesmannen i Hedmark skriver blant annet i sin høringsuttalelse at et hovedsykehus for fylkene Hedmark og Oppland er en stor investering og vil ha betydelige ringvirkninger for utviklingen i fylkene utover selve sykehusutbyggingen og den styrkede fagligheten som dette vil bidra til. Fylkesmannen legger til grunn at det vil gi Innlandet nye muligheter og øke regionens tiltrekningskraft når det gjelder ny og framtidrettet næringsvirksomhet.

Fylkesmannen i Oppland vektlegger i sin høringsuttalelse at mulighetene for utvikling av «Innlandsbyen» eller «Mjøsbyen» som en felles bo- og arbeidsmarkedsregion. Dette vil etter Fylkesmannens vurdering kunne bli en motor for vekst og utvikling i Innlandet. I en slik sammenheng skriver Fylkesmannen at en lokalisering av hovedsykehus ved Mjøsbrua vil være en sterk og drivende faktor. Fylkesmannen trekker også frem at et hovedsykehus ved Mjøsbrua vil gi den største økningen i transport, og forutsetter at aktuelle regionale og statlige aktører forplikter seg til en helhetlig og miljøvennlig kollektivsatsing.

- Et nytt hovedsykehus vil utgjøre en stor arbeidsplass med stor samfunnsmessig betydning, skriver Hedmark fylkeskommune i sin uttalelse. Samtidig som et hovedsykehus ved Mjøsbrua vil kunne gi transport- og miljømessige utfordringer som vist i samfunnsanalysen, presiserer Fylkesrådet at det arbeides med en samordnet areal- og transportplan for Mjøsområdet. Fylkesrådet er i denne sammenheng opptatt av at det skal tilrettelegges for utvikling, for hele Innlandet. Det blir vist til at i dette arbeidet ligger videreutvikling av kollektivtrafikk, som er fremhevet som et mulig avbøtende tiltak i samfunnsanalysen.

Oppland fylkeskommune viser også til at de samfunnsfaglige vurderinger peker på noen svakheter og utfordringer ved en lokalisering ved Mjøsbrua. Fylkeskommunen fremhever likevel at etter en samlet vurdering er en lokalisering nær Mjøsbrua er det eneste reelle alternativet for et hovedsykehus.

Samfunnsanalysen i idéfasen beskriver mulige samfunnsmessige konsekvenser av ulike sykehusmodeller i 2040-perspektiv. Analysen omfatter regional utvikling, persontransport, energibruk i bygg, rekrutteringsmuligheter og by- og regionutvikling. Styresak 004-2017 trekker frem noen momenter i samfunnsanalysen:

- Det vil være befolkningsvekst i alle bo- og arbeidsmarkedsregionene i Innlandet hvor det i dag er sykehus, uansett hvilken modell som velges.
- Modeller med to og tre akuttsykehus gir intern omfordeling av befolkningsutviklingen
- Hovedsykehus gir en jevnt fordelt vekst i «Mjøsbyen». De sykehusansatte vil i stor grad bo i de største byene slik som nå.

- Det vil kunne bli økt persontransport i alle modeller, størst økning ved stor grad av samling
- Det vil kunne bli mindre energiforbruk ved nybygg og samlokalisering.
- Et større sykehus vil kreve rekruttering fra flere av dagens bo- og arbeidsmarkedsregioner.
- Lokalisering i bysentrum gir positiv effekt på sentrumsutvikling i de byene som velges.
- Lokalisering utenfor bysentrum er ikke forventet å svekke befolkningsutviklingen i byene.

I følge samfunnsanalysen vil en sykehuslokalisering i bykjernen normalt styrke byutvikling og best legge forholdene til rette for en bærekraftig byutvikling. Samfunnsanalysen viser at en sykehuslokalisering utenfor de største byene i Mjøsregionen ikke er forventet å svekke befolkningsutviklingen i byene, men at dette vil kunne påvirke utviklingen av sentrum i de aktuelle byene. Samtidig viser analysen at en sykehusmodell med videreutvikling i én av dagens vertsbyer vil gi større negative effekter i de andre byene. Samfunnsanalysen viser at «Mjøsbyen» er det området i Innlandet som har størst potensiale for sysselsettings- og befolkningsvekst og at en modell med hovedsykehus (ett stort akuttsykehus) ved Mjøsbrua gir en jevnt fordelt vekst i «Mjøsbyen». Mjøsbyen er i samfunnsanalysen definert som Lillehammer, Gausdal, Gjøvik, Vestre Toten, Ringsaker, Hamar og Stange kommuner. Samfunnsanalysen drøfter dette i lys av *Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging* (kgl. res. av 26.09 2014), som vektlegger utvikling av kompakte byer og tettsteder, reduksjon i transportbehovet og tilrettelegging for klima- og miljøvennlige transportformer.

Planretningslinjene sier at publikumsrettede servicetilbud kan lokaliseres ut fra en regional helhetsvurdering tilpasset eksisterende og planlagt senterstruktur og kollektivknutepunkter. Dette er særlig viktig for en region som Innlandet, hvor det avgjørende er å legge til rette for et fremtidsrettet helhetlig behandlingstilbud som kan komme hele befolkningen til gode. Slik sett er en lokalisering av et hovedsykehus ved Mjøsbrua egnet til å betjene hele regionen med spesialiserte tjenester for fremtiden.

Etter at samfunnsanalysen ble utført har Regjeringen lagt frem Stortingsmelding nr. 18 (2016/2017), *Bærekraftige byer og sterke distrikt*, der utviklingen rundt eksisterende byer og kollektivknutepunkter vektlegges. Her uttrykker Regjeringen forventninger til lokalisering av blant annet offentlige virksomheter. Regjeringens mål er at lokalisering av statlige virksomheter skal medvirke til reduksjon av biltransport, økt bruk av kollektivtransport og styrking av bymiljø.

Alle sykehusmodeller som er utredet i idéfasen, innebærer en økning i transportbehovet. Samling av aktivitet innebærer at rekruttering av arbeidskraft vil skje innenfor et større omland, samt at noen pasientgrupper må reise lengre for å få sin behandling. Dette representerer et dilemma ved en strukturendring. Sykehuset Innlandet må avveie ulike hensyn ved valg av framtidig sykehusstruktur. Hensynet til statlige målsetninger om samfunnsutvikling rundt eksisterende knutepunkter må holdes opp mot krav og målsetninger som forutsetter at pasienttilbud må samles. Erfaringer fra andre helseforetak viser at praktiseringen av ulike føringer, beror på en skjønnsmessig helhetsvurdering.

Samfunnsanalysen viser at samling av aktivitet vil innebære økte klimagassutslipp som følge av økt persontransport. Denne økningen er anslått til å være størst ved en sykehusetablering ved Mjøsbrua, der andelen gående og syklende ventes å være lavere enn i andre modeller. I følge samfunnsanalysen vil økningen i klimagassutslipp kunne begrenses ved å legge til rette for økt bruk av kollektivtransport. Utvikling av miljøvennlige reisemidler vil også kunne påvirke dette.

Utvikling av en framtidig sykehusstruktur berører en rekke samfunnsmessige forhold. Modellene som er utredet i idéfasen har ulike virkninger på regional utvikling, persontransport, energibehov, rekrutteringsmuligheter og by- og regionutvikling. Samfunnsmessige konsekvenser og vurdering av avbøtende tiltak bør vurderes videre i planprosessen i tråd med gjeldende veileder for sykehusbyggprosjekter.

Drøfting av vurderte modeller

Følgende alternative modeller er utredet i idéfasen:

1. Fremtidig modell med nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua
2. Fremtidig modell med to store akuttsykehus i Mjøsregionen
3. Fremtidig modell med tre store akuttsykehus i Mjøsregionen
4. Nullalternativet, videreføring av dagens modell

Innenfor hovedmodellene finnes det ulike alternative løsninger til ny sykehusstruktur. Det er i utredningen laget 17 ulike strukturelle løsningsmodeller som hver beskriver en komplett løsning av sykehus og lokale tilbud i team. Dette dekker tilbudet innenfor fagområdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), somatikk, habilitering og rehabilitering for Sykehuset Innlandet. Det er lagt vekt på å definere tiltak som legger til rette for gode pasient forløp, sikrer god drift og gir mulighet for en utvikling som gjør foretaket i stand til å møte framtidige behov.

Alternativene er laget med utgangspunkt i forutsetninger fra Utviklingsplanen til Sykehuset Innlandet og i henhold til føringer fra Nasjonal helse- og sykehusplan om typer sykehus.

Typer sykehus definert i Nasjonal helse- og sykehusplan:

Prinsipielle somatiske sykehustyper	Beskrivelse
Stort akuttsykehus	<ul style="list-style-type: none">• Et stort akuttsykehus har akutt og elektiv døgnbehandling, poliklinisk behandling og dagbehandling innenfor både indremedisin, kirurgi og ortopedi• Dette er eneste somatiske sykehustype med akuttkirurgi og akutt ortopedi
Akuttsykehus med indremedisin, anestesi og elektiv heldøgnskirurgi eller dagkirurgi	<ul style="list-style-type: none">• Denne sykehustypen har akutt og elektiv heldøgnsstilbud innenfor indremedisin, men kun elektiv heldøgnskirurgi eller dagkirurgi• Denne sykehustypen har poliklinikk og dagbehandling innenfor indremedisin og kirurgi
Sykehus uten akuttfunksjoner med poliklinikk og dagbehandling	<ul style="list-style-type: none">• Denne sykehustypen har kun poliklinikk og dagbehandling• Dagens og fremtidige lokalmedisinske sentre (LMS) er eksempler på denne typen sykehus• DPS plasseres i denne kategorien, men har akuttfunksjon

Det er fem alternativer (1A-1E) som representerer en framtidig modell med et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua, seks alternativer som representerer framtidig modell med to store akuttsykehus i Mjøsregionen (2A-2F), fem alternativer med tre store akuttsykehus i Mjøsregionen (3A-3E) og nullalternativet.

For oversikt over innhold i de utredede modeller vises det til tabell i trykt vedlegg.

Modell med nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua – Mjøssykehuset

Denne modellen inneholder kun ett stort akuttsykehus i Mjøsregionen, definert som hovedsykehus. Det er lagt til grunn bygging av et nytt sykehus nær fylkesgrensen mellom Hedmark og Oppland på øst- eller vestsiden av Mjøsbrua. Endelig tomtevalg vil skje i neste fase. De ulike alternativene med Mjøssykehuset ved Mjøsbrua er med og uten aktivitet i de gjenværende sykehusene, både somatikk og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Uavhengig av hvilke andre somatiske sykehustyper som finnes i alternativene med et hovedsykehus skal pasienter med behov for akuttinnleggelse innenfor følgende fagområder legges inn på hovedsykehuset:

- Gastrokirurgi
- Ortopedi
- Urologi
- Karkirurgi
- ØNH og øye
- Kvinneklinikk
- Pediatri
- Kardiologi (Akutt hjerte)
- Nefrologi
- Nevrologi

Det vil i ulik grad kunne være selektert virksomhet innenfor disse fagområdene også utenfor hovedsykehuset.

Det framtidige behovet for sengekapasitet er i idéfasen beregnet til omlag 800 senger. De aktuelle modellene med hovedsykehus er foreløpig estimert til omlag 600 senger i Mjøssykehuset fordelt på somatikk inkludert habilitering og rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det resterende behovet på om lag 200 senger, avhengig av videre medisinsk og teknologisk utvikling, ivaretas ved tilbud utenfor hovedsykehuset.

I idéfasen er det lagt til grunn anslag på dimensjonering av hovedsykehuset. Det presiseres at dimensjoneringen som er foretatt i idéfasen er overordnet. Både framskrivning av behov og kapasitet skal oppdateres og detaljeres i konseptfasen.

Ut fra dette vil Mjøssykehuset ha en anslått kapasitet som vist i under:

- 600 senger/enerom
- 30 til 40 dagplasser
- 45 til 50 poliklinikkrom
- 10 til 15 operasjonsstuer døgn
- 5 til 15 operasjonsstuer dag

Stadig nye behandlingstilbud og endring i sykdomsutvikling krever spesialisert kompetanse. En samling av funksjoner er nødvendig for å legge til rette for solide fagmiljøer og tilstrekkelig behandlingsevne. I tillegg til behovet for tilstrekkelig behandlingsevne innenfor hvert fagområde, er det i delrapporten «Faglige utviklingstrekk mot 2040» pekt på behov 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 og uavklarte situasjoner. I tillegg er det sterke faglige argumenter for en tettere integrasjon mellom de somatiske fagene og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det er i utredningen begrunnet at det som minimum er behov for å samle kreftkirurgi, karkirurgi, nevrologi, onkologi, kvinne/barn, tung intensiv, øre-nese-hals, sykehus psykiatrien og deler av behandlingsforløp for mennesker med rusavhengighet, til samme sted. På grunn av faglige avhengigheter, vil dette i tillegg medføre at gastrokirurgi, ortopedi, kardiologi, nefrologi og intervensjonsradiologi må ligge samme sted. Størst grad av samling oppnås i hovedsykehusmodellen og da spesielt i alternativer med mindre virksomhet i gjenværende sykehus.

Sykehuset Innlandet har i flere utredninger pekt på behovet for å samle fag til færre steder for å oppnå tilstrekkelig faglig bredde til å kunne behandle pasienter med akutte, kompliserte og uavklarte tilstander optimalt. Utfordringen i Sykehuset Innlandet er å kunne tilby tilstrekkelig bred medisinsk kompetanse samtidig som en skal klare å tilby spisskompetanse til de pasientgruppene som trenger det. I tillegg er psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling lokalisert adskilt fra de somatiske tilbudene, slik at pasienter med behov for både somatiske og psykiatriske tilbud vil måtte

transporteres mellom sykehusene for å få et helhetlig tilbud. Mange pasienter som henvises til sykehus har ikke en entydig og avklart diagnose. Sammensatte og uavklarte lidelser krever at sykehuset har kompetanse til å vurdere hele pasienten.

Sykehuset Innlandet har i dag sykehus med kompetanse som kan sikre gode pasientforløp for de vanlige pasientgruppene. Utfordringen med dagens organisering er små sårbare fagområder, og ujevn fordeling av spisskompetanse innenfor en rekke fagområder. Det er ingen sykehus som har tilstrekkelig faglig bredde og volum til å ivareta akutte, uavklarte og komplekse tilstander med de faglige krav som er vist i utredningen. Dette fører til uheldig transport av syke pasienter som trenger større tverrfaglig bredde enn det de enkelte sykehusene i Innlandet kan gi.

Samtidig med behovet for samling, er det i de faglige vurderingene i delrapporten «Faglige utviklingstrekk mot 2040» pekt på et behov for desentraliserte spesialisthelsetjenester i større grad enn dagens sykehusstruktur legger til rette for. Innlandets sykehusstruktur er historisk betinget. Avstanden er svært kort mellom sykehusene sentralt i Mjøsregionen, samtidig som store områder utenfor Mjøsregionen har lang avstand til sykehus. For å ivareta pasientenes behov for nærhet til enklere behandling som poliklinikk og dagbehandling i hele Innlandet, viser analysene behov for å flytte ressurser ut av Mjøsregionen. Et bedre utviklet desentralisert tilbud bidrar til at mange pasienter kan spares for belastende reiser. For eksempel vil økningen i kroniske pasientforløp tilsi at det er behov for å kunne tilby flere spesialisthelsetjenester nærmere der pasientene bor. I tillegg vil samlokalisering av spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester gi større muligheter til å etablere helhetlige pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. En samling av funksjoner i Mjøsregionen vil bidra til store fagmiljøer hvor det vil være mulig å frigjøre ressurser til å styrke den desentraliserte innsatsen.

For rekruttering av god faglig kompetanse, er det ønskelig å samle mest mulig aktivitet ved ett hovedsykehus. Dette vil dermed bli det faglige kraftsentrum mellom Oslo og Trondheim som Innlandet trenger. Det blir mulig å tilby moderne behandling, tverrfaglig kompetanse, sikre solide fagmiljø og større pasientvolum innenfor flere spesialiteter, samt muliggjøre frigjøring av tid til fagutvikling og forskning.

I et pasientperspektiv ansees gevinsten ved å ha et samlet faglig godt spesialisthelsetjenestetilbud på ett sykehus som større enn ulempen knyttet til lengre reisevei. Dette gjelder spesielt hvis tjenester som kan være utenfor hovedsykehuset er desentralisert i hele opptaksområdet. Med et desentralisert tilbud med poliklinikk og dagbehandling, vil flere kontakter med spesialisthelsetjenesten kunne ivaretas utenfor hovedsykehuset.

Av hovedsykehusmodellene vurderes alternativene med et hovedsykehus med all døgnaktivitet samlet og en kombinasjon av et hovedsykehus og ett sykehus med elektive funksjoner, å være de beste modellene, da disse svarer best ut de faglige vurderingskriteriene og til økonomisk bæreevne til fremtidens pasientbehandling. I disse alternativene er hovedsykehuset lokalsykehus for 375 000 innbyggere, samt har hovedsykehusfunksjon for 400 000 innbyggere. Tynset er i alle modeller lokalsykehus for 25 000 innbyggere.

To av hovedsykehusmodellene, har et tilpasset akuttisykehus i hvert fylke i tillegg til hovedsykehuset. I disse alternativene har hovedsykehuset lokalsykehusfunksjon innen indremedisin for 230 000 innbyggere og hovedsykehusfunksjon med akuttvirksomhet innen kirurgi, traumer, behandling av akutt hjerte, hjerne, nyre, kreft, kvinneklinikk og barnemedisin for 400 000 innbyggere.

En slik løsning er en fordel for de pasientene som bor i disse lokalsykehusområdene og har behov for enkel indremedisinsk behandling eller planlagt kirurgi. I en befolkning med økende antall eldre er det viktig at lokalsykehusene kan gi behandling til pasienter med behov for bred kompetanse. Mange eldre har kroniske sykdommer, mange diagnoser og mange medikamenter og trenger leger som kan

forstå og behandle denne helheten. Et sykehus med indremedisinsk akuttberedskap støttet av anestesi (anestesilege i døgnvakt) vil kunne håndtere dette uten at det samme sykehuset skal tilby akutt kirurgi. Disse løsningene krever imidlertid flere vaktordninger og støttefunksjoner ved flere sykehus, og tilbudene som legges utenfor hovedsykehuset bør både av faglige årsaker og ressurs hensyn begrenses til generell indremedisin og planlagt kirurgi og ortopedi.

Til tross for noe høyere driftskostnader enn de andre hovedsykehusmodellene vurderes disse modellene å oppfylle vurderingskriteriene på en god måte, og bedre enn modellene med to- og tre store akutt sykehus. En slik løsning vil representere en fleksibilitet og en unik mulighet å kunne tilpasse innholdet og aktiviteten i eksisterende sykehus over tid.

Fordelen ved å samle spesialiserte funksjoner i et hovedsykehus er vurdert som større enn ulempene. En godt utbygd prehospital tjeneste med kort responstid og en sykehusstruktur som legger til rette for at pasienten mottas av komplementære team med høy kompetanse allerede i mottak, vurderes å oppveie ulempen en noe lengre reisevei gir.

I tillegg til føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan er det tunge faglige argumenter for at hoveddelen av sykehusfunksjonene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør samles på hovedsykehuset. Det er lagt til grunn videreutvikling av DPS med akuttfunksjon i tillegg til somatisk dagbehandling og poliklinikk i alle dagens sykehus.

Modeller med to store akutt sykehus i Mjøsregionen

Denne modellen forstås som to store akutt sykehus i Mjøsregionen, ett i hvert fylke. Dette innebærer et valg av Elverum eller Hamar i Hedmark og av Gjøvik eller Lillehammer i Oppland. Det er lagt til grunn at et eventuelt valg av Hamar som stort akutt sykehus i Hedmark innebærer bygging av et nytt sykehus på Sanderud. Modellen er vurdert med både avvikling av og fortsatt aktivitet ved de sykehusene rundt Mjøsa som ikke blir tillagt å være stort akutt sykehus. I enkelte alternativer med to store akutt sykehus, er ett definert som stort akutt sykehus med akutte områdefunksjoner, som innebærer at sykehuset har følgende akutte områdefunksjoner: gastrokirurgi, ortopedi, urologi, karkirurgi, øre-nese-hals, øye, kvinneklinikk, pediatri, kardiologi, nefrologi og nevrologi.

Det andre store akutt sykehuset i disse modellene skal ha akuttfunksjoner innenfor indremedisin, gastrokirurgi og ortopedi, men ikke områdefunksjoner. Det vil i ulik grad kunne være selektert virksomhet på sykehuset innenfor de andre fagområdene.

Det er som beskrevet i modellen med hovedsykehus vurdert at samling til større og mer solide fagmiljøer er viktig for mange av pasientforløpene. Dette gjelder spesielt gastrokirurgi som er et sentralt fagområde i behandling av både av traumer og kreft, og som har faglige avhengigheter til karkirurgi, gynekologi, urologi og intensiv, samt til medisinske fag som gastroenterologi og pediatri. Akutt gastrokirurgi bør blant annet samlokaliseres med kreftkirurgi, intervensjonsradiologi og intensiv, da kreftkirurgi i mage og tarm også er akutt gastrokirurgi. Dette betyr at kreftkirurgien bør samles der akutt kirurgien er. Samtidig er medisinsk onkologi (kreftbehandling) tett koblet til indremedisin, og denne relasjonen er også viktig.

Disse funksjonene er derfor samlet ved ett behandlingssted i noen av modellene med to store akutt sykehus. Dette sykehuset får ansvar for den spesialiserte behandlingen av sykdommer som kreft, hjerneslag, traumer, tung intensiv, kvinneklinikk og barneavdeling, sammen med lokal sykehusfunksjoner i det angitte området. Poliklinisk oppfølging bør i den grad det er hensiktsmessig skje desentralt i alle modeller. I en av tosykehusmodellene er fag og funksjoner fordelt volummessig på to enheter. Denne løsningen vil gi funksjonsfordelte sykehus som hver for seg ikke har faglig bredde til å behandle akutt- og multisyke pasienter.

Behovet for samling av tilstrekkelig volum for å kunne gi den beste behandlingen til pasientene dekkes i noen grad av modellene med to store akuttstusykehus, dog i mindre grad enn i hovedsykehusmodellen på grunn av at akutt gastrokirurgi og akutt ortopedi da må være på tre steder i Innlandet. De viktigste akutte funksjonene er samlet i modellene med to store akuttstusykehus, det er imidlertid kun i modellene der de to sykehusene utvikles med ulik størrelse det er realistisk å oppfylle kravene som stilles ved samling av de spesialiserte somatiske funksjoner og sykehuspsykiatrien samme sted. I alle modeller er det DPS med akuttstusfunksjon i tillegg til somatisk dagbehandling og poliklinikk i de to sykehusene som ikke har akuttstusfunksjon.

Etablering av et stort akuttstusykehus med akutte områdefunksjoner i en modell med to store akuttstusykehus, tilsier en betydelig økning i aktivitetsvolum i forhold til det som er på dagens sykehus (inntil en tredobling). Det er sannsynlig at det stedet en investerer i ny bygningsmasse og samler akutte områdefunksjoner på sikt vil utvikle seg til å bli et framtidig hovedsykehus for Innlandet. For et stort flertall av høringsinstansene har det vært en forutsetning at et hovedsykehus skal ligge ved Mjøsbrua.

Muligheten for ønsket samlokalisering av tilbud innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er krevende å etablere der dagens sykehus ligger, når sykehuset skal romme de akutte områdefunksjonene innenfor somatikk og samtidig gi rom for framtidig utvikling. Unntaket her er Sanderud hvor foretaket har en stor tomt, som allerede har deler av sykehuspsykiatrien.

Totalt sett anbefales ikke modellene med to store akuttstusykehus. De to sykehusene blir svært ulike i innhold og størrelse. Disse modellene medfører to parallelle vaktordninger og reduserer mulighetene for å tilby desentraliserte spesialisthelsetjenester. Avstanden til det spesialiserte sykehuset som får ansvar for mange sentrale pasientforløp blir lenger enn tilfellet vil være i hovedsykehusmodellen for store deler av befolkningen. Modellene legger dårligere til rette for en samlokalisering av tilbud innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Mulighetene for videreutvikling av bygningsmassen ved den enheten som blir hovedenheten ansees som svak.

Modeller med tre store akuttstusykehus i Mjøsregionen

Denne modellen innebærer tre store akuttstusykehus i Mjøsregionen, med to store akuttstusykehus i Oppland og ett i Hedmark. Dette innebærer alternativer med Gjøvik og Lillehammer i Oppland, og et valg mellom Elverum og Hamar i Hedmark. Det er lagt til grunn at et eventuelt valg av Hamar som stort akuttstusykehus i Hedmark innebærer bygging av et nytt sykehus på Sanderud.

På samme måte som for en utvikling av to akuttstusykehus i Innlandet, er et av de store akuttstusykehusene definert som stort akuttstusykehus med akutte områdefunksjoner i alternativene. Det innebærer at det ene av de tre store akuttstusykehusene har følgende akutte områdefunksjoner: gastrokirurgi, ortopedi, urologi, karkirurgi, øye-nese-hals, øye, gynekologi/føde, pediatri, kardiologi, nefrologi og nevrologi.

De to andre store akuttstusykehusene i disse modellene skal ha akuttstusfunksjoner, men ikke områdefunksjon innenfor indremedisin, gastrokirurgi og ortopedi. Det vil i ulik grad kunne være selektert virksomhet på sykehusene innenfor de andre fagområdene.

En modell med tre store akuttstusykehus i Mjøsregionen, vil ut fra de faglige vurderingene om framtidige forventninger og krav til virksomheten beskrevet i delrapporten «Faglige utviklingstrekk mot 2040», ikke være en egnet sykehusstruktur for Innlandets område. Denne modellen innebærer at det finnes akutt indremedisin, akutt gastrokirurgi og akutt ortopedi ved alle de tre sykehusene i tillegg til sykehuset på Tynset. For kirurgi del vil dette gi en løsning med akutt gastrokirurgi og akutt ortopedi ved like mange enheter som i dag. Dette tilfredsstillende ikke behovet for solide fagmiljø og tilstrekkelige pasientvolum i framtiden og Sykehuset Innlandet vil måtte fortsette med uttalt grad av fag- og funksjonsfordeling. Det vil dermed fortsatt bli uhensiktsmessig transport av de sykeste pasientene mellom sykehusene og variasjon i tilbudet til pasientene.

Det er ovenfor redegjort for gastrokirurgiens avhengigheter til andre fagområder og fagets viktighet i behandling av den akutte og uavklarte pasienten. Et av kravene i framtidig struktur er at pasienten skal bli møtt av et tverrfaglig team med høy kompetanse. Dette betyr tilstedevaktordning innen de sentrale fagene, gastrokirurgi er et av disse. Dette vil kreve 8-10 leger hvert sted, i tillegg til antallet som skal være på Tynset. Disse 30-35 spesialistene må tilbys stort nok behandlingsvolum for å bli gode nok. Dette er ikke realistisk for et opptaksområde på 400 000 innbyggere. I tillegg til gastrokirurgi skal det også etter definisjonen i Nasjonal helse- og sykehusplan være akutt ortopedi ved alle de tre store akutt sykehusene, i tillegg til på Tynset. Framskrivning av behov viser at det neppe er behov for fire ortopediske avdelinger med heldøgnsdrift i fremtiden. Sykehuset Innlandet har i tidligere utredninger beskrevet at det er en overkapasitet innen dette feltet allerede i dag.

Modellen med tre store akutt sykehus oppfyller effektmålene dårligere enn modellen med to store sykehus og legger dårligere til rette for desentralisering, da ressursene vil bli benyttet på å drive de store akutt sykehusene i Mjøsregionen. Kun alternativet med Sanderud som stort akutt sykehus med akutte områdefunksjoner og sykehuspsykiatrien samlet samme sted, er vurdert til å oppfylle effektmålene på en tilfredsstillende måte fordi denne modellen vil legge til rette for samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Denne enheten vil på sikt sannsynligvis utvikle seg til å bli hovedsykehuset i Innlandet.

Økonomisk bæreevne

I de økonomiske analysene av Sykehuset Innlandets idéfase er det gjort beregninger på modellenes økonomiske bæreevne. Analyse av økonomisk bæreevne sier noe om hvorvidt helseforetaket vil ha en driftsøkonomi som gjør det mulig å bære de økonomiske forpliktelsene prosjektet medfører, og samtidig opprettholde forsvarlig drift. Et investeringsprosjekt eller helseforetak vil ha økonomisk bæreevne dersom summen av driftsgevinstene overstiger avdrag og renter på lånefinansieringen. Opprinnelige bæreevneanalyser (med gitte overordnede forutsetninger) viste at alle de utvalgte modellene hadde økonomisk bæreevne. Modellene 1A og 1C har best bæreevne og sensitivitetsanalyser viser at bæreevnen til 1A og 1C er positiv over prosjektets levetid selv ved endringer i de overordnede forutsetninger om lånerente og økonomisk levetid. For de andre alternativene er bæreevnen mer sensitiv for endringer i lånerente og/eller økonomisk levetid.

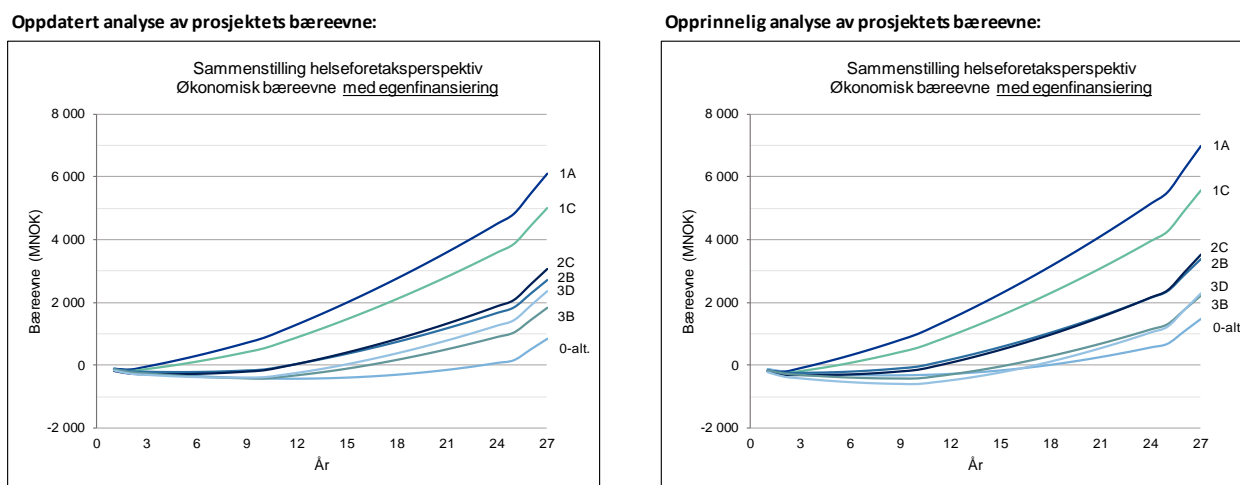
Konsekvenser av endret foretakstilhørighet for Kongsvinger Sykehus

I tråd med tilleggsoppdraget fra Helse Sør-Øst RHF, har foretaket utredet effekten av endret foretakstilhørighet for Kongsvinger Sykehus med tilhørende opptaksområde. Foretaksendring for Kongsvinger og tilhørende opptaksområde resulterer i en nedjustering i fremskrevet kapasitetsbehov på 127-135 sengeplasser, avhengig av utredet alternativ. Effekten består av bortfall av kapasitet på Kongsvinger sykehus og kapasitet for befolkningen i Kongsvingers opptaksområde som er planlagt ivare tatt på andre sykehus i Sykehuset Innlandet.

Redusert framtidig kapasitetsbehov fører til at investeringsbehovene i de opprinnelige beregningene for de utvalgte alternativene reduseres med i størrelsesorden 1-1,8 milliarder kroner, avhengig av utredningsalternativ.

Oppdaterte bæreevneanalyser indikerer at endret foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus ikke gir en endring i rangering av alternativene sammenlignet med analysene utført i forbindelse med idéfaserapporten. Analysene viser at de økonomiske premissene i idéfaserapporten ikke endres.

Figur 1 viser de ulike modellenes bæreevne før (opprinnelig) og etter endret (oppdatert) foretakstilhørighet for Kongsvingers sykehus opptaksområde.



Figur 1: Sammenligning av oppdatert og opprinnelig økonomisk bæreevne over tid for de utvalgte alternativene med egenfinansiering. Grafene viser akkumulert bæreevne inkl. rente på negativ nettolikviditet gitt 2,4 prosent lånerente og 27 år økonomisk levetid. Bæreevne i mill. kroner «Venstre figur viser oppdatert analyse uten Kongsvingers opptaksområde, høyre figur viser opprinnelig analyse inkludert Kongsvingers opptaksområde»

Økonomisk bæreevne i et helseforetaksperspektiv er en sentral forutsetning i vurderingen av et investeringsprosjekt. Figurene ovenfor viser en forenklet tilnærming av bærekraftsberegningene i et helseforetaksperspektiv, der det kun er tatt høyde for egenfinansieringen som foretaket har til rådighet. Analyser som bygger på Sykehuset Innlandets økonomiske langtidsplan for 2018-2021 er også utarbeidet og viser de totaløkonomiske og regnskapsmessige effektene i ulike modeller.

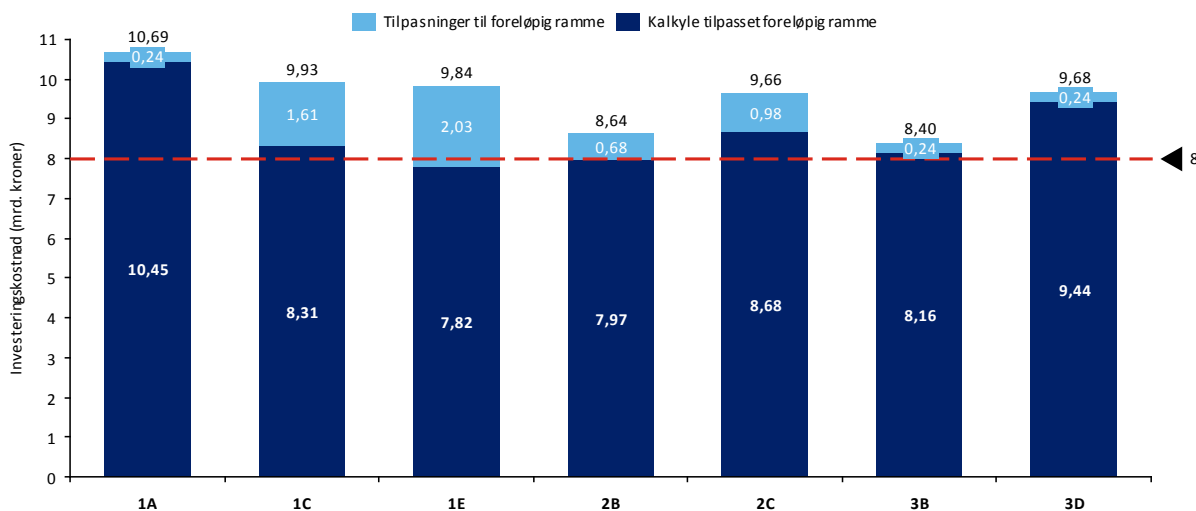
Disse analysene viser at Sykehuset Innlandet også vil ha likviditetsmessig bæreevne, men at foretaket kan ha behov for midlertidig lån av likviditet fra eier (mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF) i begynnelsen av driftsperioden for framtidig sykehusstruktur - i noen av de utvalgte modellene.

Det presiseres at endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med investeringsbeslutningen.

Tilpasning til foreløpige investeringsramme

I tråd med tilleggsoppdraget fra Helse Sør-Øst RHF har foretaket tilpasset de ulike modellene i utredningen til foreløpig investeringsramme. Tilpasningen er gjort ved at deler av investeringene for sykehus som ikke skal beholde akutt heldøgnskirurgi i en framtidig sykehusstruktur holdes utenfor hovedprosjektet (strukturendringen). De store akutt sykehusene har beholdt de beregnede investeringskostnadene. Dette er et sentralt grunnlag for å sikre at en ny struktur ivaretar framtidige behov, påvirker effektmålene i minst mulig grad og opprettholder hovedinnholdet i de ulike modellene. På sikt kan behovet for oppgraderinger og investeringer i den øvrige bygningsmassen gjøre seg gjeldende. Slike behov vil måtte vurderes som egne prosjekter, med fornyede vurderinger av investeringsbehov og prioriteringer, eller løses over foretakets egen investeringsramme.

Med noen endrede forutsetninger vil det være mulig å ta samtlige av alternativene ned til 8 milliarder kroner, med unntak av alternativ 1A (hovedsykehus uten aktivitet i gjenværende sykehus) og alternativ 3D (Sanderud med akutte områdefunksjoner, Lillehammer og Gjøvik). Disse alternativene har så høye investeringskostnader at det vil bli krevende å justere investeringen ned til en totalramme på 8 milliarder kroner. Slike investeringskostnader må inntas og omsøkes gjennom egne prosjekter, eller prioriteres i foretakets egne investeringsbudsjetter.



Figur 2: Investeringskostnader (inkl. tomt og infrastruktur) før og etter tilpasninger til foreløpig investeringsramme på 8 mrd. kroner. Beløp i mrd. kroner, prisenivå 1. juni 2016

I figur 2 vises investeringskostnader (inkl. tomt og infrastruktur) før og etter tilpasninger til foreløpig investeringsramme på 8 milliarder kroner. Summen over stolpene samsvarer med investeringene korrigeret for endret foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus. Lyseblå felt (øverst i stolpene) viser investeringene som tas ut som følge av tilpasninger til eiers foreløpige investeringsramme. Det understrekes at det på nåværende tidspunkt ikke kan legges til grunn at disse investeringene i sin helhet faller bort. På sikt kan det være behov for ytterligere investeringer, men disse vil utgjøre egne prosjekter som må gjennom en fornyet utredning og prioritering. Justerte investeringskostnader er vist som mørkeblå felt (nederst i stolpene). Rød horisontal stiplet strek viser foreløpig investeringsramme på 8 milliarder kroner.

Det er gjennomført oppdaterte beregninger på helseforetaksnivå som tar høyde for endret foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus samt tilpasninger til eiers foreløpige investeringsramme. Oppdaterte analyser av bæreevne viser at alternativer med hovedsykehusmodellene ved Mjøsbrua fortsatt har best bæreevne, og vil best kunne tilrettelegge for et handlingsrom for framtidig reinvesteringsbehov.

Trinnvis utvikling

Trinnvis utvikling av sykehusstrukturen inkluderer både trinnvis utbygging og en virksomhetsmessig utvikling.

For flere av alternativene vil en framtidig sykehusstruktur i utgangspunktet kunne være krevende å realisere fra et finansielt perspektiv. Med begrensede finansieringsmidler kan en trinnvis utbygging gjøre det mulig å realisere prosjekter som ellers ikke vil kunne finansieres i et samlet byggetrinn. Videre gir trinnvis utbygging muligheter til å justere og tilpasse planene etter en løpende teknisk, medisinsk og økonomisk utvikling. Da tidsperspektivet (både med og uten trinnvis utbygging) er relativt langt, er det ikke usannsynlig at framtidig behov kan avvike til dels betydelig fra det som opprinnelig legges til grunn i planleggingsfasen. Med trinnvis utbygging oppnås en større fleksibilitet enn dersom fremdriftsplanene tar utgangspunkt i at utbygging skal skje i ett steg.

Det vil være en fordel å samle spesialiserte funksjoner innen somatikk og deler av sykehuspsykiatrien ved et hovedsykehus (ett stort akuttsykehus) ved Mjøsbrua i første trinn. Dette er i tråd med ønsket om å bidra til realisering av faglige effekter og økonomiske driftseffekter tidlig i prosessen for å sikre likviditet til videre investeringer. Videre vil det i andre trinn være naturlig å samle resterende sykehuspsykiatri ved hovedsykehuset.

De ulike alternativene vil med stor sannsynlighet bli noe dyrere med en trinnvis utbygging enn dersom utbyggingen gjennomføres som et samlet steg. Det kan også være krevende å ha byggeaktivitet i områder hvor det drives aktiv pasientbehandling, samtidig kan trinnvis utbygging gjøre det mulig å ta opp i seg medisinsk og teknologisk utvikling undervegs i prosessen.

Alternativene 1A (hovedsykehus uten virksomhet i dagens sykehus) og 3D (tre store akuttstusykehus, Sanderud med akutte områdefunksjoner, Lillehammer og Gjøvik) faller utenfor som følge av den foreløpige investeringsrammen. Foreløpige analyser indikerer at de andre alternativene kan la seg realisere med en trinnvis utvikling som er innenfor den foreløpige investeringsrammen. Mulighetene for trinnvis utvikling kan på dette stadiet av planleggingsfasen ikke sies å gi grunnlag for differensiering mellom de utvalgte alternativene.

Framdrift må tilpasses økonomisk handlingsrom, og det skal legges vekt på å oppnå positive drifts-økonomiske effekter fra prosjekter som prioriteres for gjennomføring.

Oppsummering av «div laga»-vurderingen

Hovedsykehusmodellen med samling av behandlingstilbud innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus i et hovedsykehus er relevant, gjennomførbar og levedyktig. Den vurderes til å være «div laga», i tråd med kravene i tidligfaseveilederen²⁹.

Enkelte av modellene med to store akuttstusykehus er vurdert til å være «div laga». Modellene med to store akuttstusykehus legger imidlertid dårligere til rette for samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og rus, og har svakere økonomisk bæreevne enn modellene med ett stort akuttstusykehus. Disse modellene gir i mindre grad mulighet til å samle behandlingstilbud som må samles samt å desentralisere behandlingstilbud. Totalt sett anbefales ikke modellen med to store akuttstusykehus.

Modellene med tre store akuttstusykehus gir liten mulighet til å oppfylle faglige forventninger og krav til virksomheten. Disse modellene gir i liten grad mulighet til å samle behandlingstilbud som må samles. Muligheter til desentralisering av behandlingstilbud er også begrenset sammenlignet med modellene over. Modellene har svakere økonomisk bæreevne enn modellene med ett stort og to store akuttstusykehus. Modellene med tre store akuttstusykehus er vurdert til ikke å være «div laga» som framtidig sykehusstruktur. Det samme gjelder for nullalternativet.

Sykehuset Innlandets framtidige målbilde

Etter en samlet vurdering anbefales en framtidig utvikling av Sykehuset Innlandet med et hovedsykehus ved Mjøsbrua, Mjøssykehuset, hvor tilbud innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er samlokalisert. Dette er den modellen som best svarer på Innlandets utfordringer og som best legger til rette for god faglig kvalitet og utvikling av framtidige tilbud til pasientens beste. Denne modellen har også best økonomisk bæreevne.

Mjøssykehuset kan realiseres med somatisk dagbehandling og poliklinikk i dagens sykehus, samt distriktspsykiatriske sentre. Modellene med én elektiv enhet utenfor Mjøssykehuset vurderes å være det beste faglige alternativet innenfor den foreløpige økonomiske rammen. Det anbefales at det i konseptfasen utredes videre modeller med én og to enheter i Mjøsregionen i tillegg til hovedsykehuset, og om disse skal ha akutt indremedisin og elektiv kirurgi. Disse modellene svarer godt på kravene i Nasjonal helse- og sykehusplan, hvor Mjøssykehuset vil bli knutepunktet i et nettverk av spesialisthelsetjenester og samhandling.

Ved å samle funksjoner i et hovedsykehus legges det til rette for at langt flere tjenester enn i dag kan desentraliseres til enheter utenfor Mjøsregionen. Samling av fagmiljøer vil gi kompetanse til å gi spesialisert støtte og veiledning til lokale enheter. Samling vil også bidra til at ressurser som i dag

²⁹ Helsedirektoratet, IS-1369 Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, desember 2011

kreves til passiv vaktberedskap kan utnyttes til aktiv pasientbehandling, både ved Mjøssykehuset og lokale enheter. En effektivisering av sykehusstrukturen i Mjøsregionen vil også frigjøre økonomiske ressurser som kan utnyttes til å utvikle flere tjenester nærmere pasientens hjem. Med en slik løsning vil Mjøssykehuset være knutepunktet i en spesialisthelsetjeneste der flere enheter samhandler med kommunehelsetjenesten for å gi befolkningen et godt og fremtidsrettet tilbud fra hjem til hjem.

Det framtidige behovet for sengekapasitet er i idéfasen beregnet til ca 800 senger. De aktuelle modellene med hovedsykehus er foreløpig estimert til ca 600 senger i hovedsykehuset fordelt på somatikk inkludert habilitering og rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det resterende behovet på om lag 200 senger, avhengig av videre medisinsk og teknologisk utvikling, ivaretas ved tilbud utenfor hovedsykehuset.

Teknologisk utvikling vil gjøre det mulig å flytte diagnostisering, behandling og beslutning om omsorgsnivå til pasientens hjem. Prehospitale tjenester vil være sykehusets forlengede arm ut i hele Innlandet, og vil i tett samarbeid med primærhelsetjenesten kunne gi pasientene bedre service og spare pasienter for innleggelse i sykehus når dette ikke er nødvendig. Pasienter, med for eksempel mistenkt hjerteinfarkt, hjerneslag eller traumer, skal raskt til hovedsykehuset som har ressurser og kompetanse til å behandle komplekse tilstander. Prehospitale tjenester vil i disse tilfellene sikre rask og kompetent behandling og transport ved bruk av bilambulans eller luftambulans.

Sykehuset Innlandets anbefaling om en hovedsykehusmodell bygger på en generell områdebeskrivelse for en lokalisering ved Mjøsbrua. Utredningen og høringsprosessen viser ulike dilemmaer ved en slik lokalisering. Den gjennomførte høringen viser en betydelig støtte til en samling til et hovedsykehus (ett stort akuttsykehus) i Innlandet. Det samme materialet viser også en betydelig støtte til at et en slik modell må innebære en lokalisering sentralt i Mjøsregionen, på øst- eller vestsiden av Mjøsbrua.

Den generelle områdebeskrivelsen om en lokalisering ved Mjøsbrua gir et viktig grunnlag for en lokaliseringsanalyse for et hovedsykehus (ett stort akuttsykehus) i Innlandet. Det videre arbeidet må gjennomføres som en del av eller parallelt med neste fase.

I det videre arbeidet med planprogram i neste fase, må plan- og utredningskrav knyttet til konkret lokalisering og utbygging avklares. Et slikt program må utarbeides i samarbeid med aktuelle vertskommuner og relevante myndigheter. Det arbeidet skal oppfylle Plan- og bygningsloven sitt krav til prosess og innhold i planer. Her henvises det også til ny veileder for tidligfase i sykehusbyggprosjekter, som ble vedtatt i Helse Sør-Øst RHF sitt styre 14. september 2017. Veilederen har egne retningslinjer for arbeidet med konkret lokalisering.

Videre prosess

Etter styrebehandling skal saken oversendes til Helse Sør-Øst RHF for videre behandling og avklaring av videre saksgang. Administrerende direktør vil følge dette opp og sørge for avklaring av Sykehuset Innlandets videre rolle i prosjektet.

Det pågående arbeidet med Utviklingsplan (2018-2035) for foretaket vil ha betydning for fordeling av fag og funksjoner, og må hensyntas i arbeidet med konseptfasen.

Administrerende direktørs vurdering

Sykehuset Innlandets visjon er å gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi. Den samlede utredningen i idéfasen viser at foretaket må gjøre store endringer for å leve opp til denne visjonen i fremtiden.

Pasienter med sammensatte og komplekse lidelser skal møtes av tverrfaglig sammensatte team med kompetanse og ressurser til å gi behandling av høy kvalitet både innen somatiske fag og psykisk helsevern. Etter diagnostikk og behandling på sykehuset vil pasienten kunne følges opp nær eller i hjemmet. Samhandling med pasient og primærhelsetjeneste skal bidra til sømløse overganger og til å skape pasientens helsetjeneste.

Sykehusets utvikling handler om fremtidens pasienter. Ved behov for helsehjelp vil pasienter i 2025 ha andre muligheter enn i dag. Det vil finnes digitale verktøy som gir råd om hvordan pasientene skal forholde seg til sykdom. Pasienter med behov for direkte kontakt med helsevesenet vil få dette digitalt, gjennom time hos lege eller direkte innleggelse i sykehus. Ved behov kan pasienten ha digital kontakt med den spesialisten som best kjenner pasientens sykdomshistorie. Fremtidens sykehus vil ha medisinsk kompetanse tilgjengelig døgnet rundt for rådgivning og beslutningsstøtte til ambulanse, annet helsepersonell og pasienter. Prehospitale tjenester vil ha høy kompetanse og avansert utstyr til diagnostisering og oppstart av behandling hjemme hos pasienten. Flere spesialisthelsetjenester kommer nærmere pasienten. Den teknologiske utviklingen gir pasientene muligheter til å møte spesialister i eget hjem, hos fastlege eller i andre deler av primærhelsetjenesten. Ambulante tilbud og fysisk bemannede poliklinikker vil finnes på en rekke steder i Innlandet.

Foreliggende sak representerer et viktig retningsvalg for fremtidens pasientbehandling i Innlandet. Gjennom en strukturendring kan Sykehuset Innlandet legge til rette for de medisinske, teknologiske og demografiske utviklingstrekk som beskrives i idéfaserapporten. Samtidig vil en strukturendring berøre organisatoriske, samfunnsmessige og politiske hensyn, slik det fremkommer gjennom høringsprosessen. En fremtidig sykehusstruktur skal være en god løsning for pasienter og pårørende, være et attraktivt kompetansemiljø og legge til rette for god ressursutnyttelse.

Utredningen viser at hovedsykehusmodellen med ett stort akuttsykehus, Mjøssykehuset, lokalisert ved Mjøsbrua kommer best ut vurdert ut fra de vurderingskriteriene og «liv laga» kriteriene som er vedtatt for idéfaseutredningen. I tråd med utredningen vil også Mjøssykehuset hvor somatikk er samlokalisert med psykisk helsevern og rus ligge best til rette for faglig kvalitet og utvikling av framtidig virksomhet. Dette er det målbildet som best svarer ut pasientenes behov og forventinger til en helhetlig behandling fra flere faggrupper og avhengighetene mellom fagområdene.

For sykehusfunksjonene innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som i dag tilbys ved Sykehuset Innlandet Reinsvoll og Sykehuset Innlandet Sanderud, anbefaler administrerende direktør at disse samlokaliseres med de somatiske tjenestene. Dette må også ses i sammenheng med fremtidig utvikling i behandlingstilbudene ved de distriktpsykiatriske sentrene.

I alle varianter av hovedsykehusmodellene er det forutsatt at døgnaktivitet ved Sykehuset Innlandet Gjøvik og Sykehuset Innlandet Hamar samles på Mjøssykehuset, og at disse sykehusene har polikliniske tjenester og dagbehandling. Pasienter som skal behandles med stråleterapi vil i overskuelig framtid fortsatt få sitt tilbud på sykehuset på Gjøvik. Det er mye som tyder på at det fortsatt skal være døgnbehandling ved ett eller to av dagens sykehus. I det videre arbeidet må det utredes hvorvidt Sykehuset Innlandet Elverum og/eller Sykehuset Innlandet Lillehammer skal ha et tilpasset døgn-tilbud innenfor indremedisinske fag og/eller et elektivt tilbud innenfor kirurgiske fag, i tillegg til polikliniske tjenester og dagbehandling.

Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver hvordan sykehus vil jobbe sammen i team for å sikre en kontinuerlig behandlingsskjede fra hjemmet, via lokale tilbud til det høyspesialiserte sykehuset. Sykehusene skal ha ulike roller og oppgaver, men kravet til kvalitet skal være det samme. Mjøssykehuset skal være knutepunktet i spesialisthelsetjenesten og samhandlingen i Innlandet.

Administrerende direktør bygger sin helhetlige vurdering på en erkjennelse av at det ikke finnes én modell som møter alle utviklingstrekk, pasientbehov og samfunnshensyn på en optimal måte. Det kan knyttes en rekke problemstillinger til alle aktuelle modeller. Det er imidlertid klare signaler fra brukere, høringsinstanser og ansatte om at det er behov for endringer og en avklaring og et felles målbilde. Administrerende direktør legger vekt på at svært få høringsinstanser mener dagens sykehusstruktur vil være en god løsning for fremtiden. I en avveining mellom styrker og svakheter ved aktuelle modeller legger administrerende direktør særlig vekt på hensynet til pasientene og behovet for faglig utvikling.

Administrerende direktør legger til grunn at en framtidig sykehusstruktur ligger flere år frem i tid, og at Sykehuset Innlandet skal gi et godt pasienttilbud frem til denne er realisert. Vurderingene som er gjort bygger også på en erkjennelse av at avgjørelsen om framtidig sykehus struktur vil være av stor betydning for utviklingen i hele Innlandsregionen.

Vedlegg:

Modellbeskrivelser i idéfasen

Idéfaserapport

Faglige utviklingstrekk mot 2040

Tilleggsrapport

Uttalelse fra politisk referansegruppe

Modellbeskrivelser i idéfasen:

	Utredningsmodeller	Stort akutt sykehus	Akutt sykehus med indremedisin, anestesi og elektiv heldøgnskirurgi	Akutt sykehus med indremedisin, anestesi og dagkirurgi	Sykehus uten akutt-funksjoner, dvs. med dagbehandling og poliklinikk	Psykisk helsevern og rus (sentralsykehus-funksjonen)
Fremtidig modell med hovedsykehus ved Mjøsa						
Ett stort akutt sykehus i Mjøsregionen	Alternativ 1A	Mjøsbua	SI Tynset*	SI Kongsvinger****	LMS** DPS m/akutt*** Utvidet 1A med aktivitet også på Elverum, Gjøvik, Hamar, Lillehammer	Sentralsykehusfunksjonene samles ved hovedsykehuset
	Alternativ 1B	Mjøsbua	SI Kongsvinger**** SI Tynset*	SI Elverum SI Lillehammer	SI Hamar SI Gjøvik LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles ved hovedsykehuset
	Alternativ 1C	Mjøsbua	SI Elverum SI Tynset*	SI Kongsvinger****	SI Hamar SI Lillehammer SI Gjøvik LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles ved hovedsykehuset
	Alternativ 1D	Mjøsbua 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
	Alternativ 1E	Mjøsbua	SI Elverum SI Lillehammer SI Tynset*		SI Hamar SI Gjøvik SI Kongsvinger**** LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehus-funksjonene beholdes på SI Sanderud, SI Reinsvoll, SI Sanderud
Fremtidig modell med to store akutt sykehus i Mjøsregionen						
To store akutt sykehus 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
	Alternativ 2B	SI Lillehammer SI Elverum SI Kongsvinger****	SI Tynset*	SI Gjøvik	SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll, SI Sanderud
	Alternativ 2C	SI Sanderud SI Gjøvik	SI Tynset*	SI Lillehammer SI Kongsvinger****	SI Elverum LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles på SI Sanderud
	Alternativ 2D	SI Gjøvik SI Elverum	SI Kongsvinger**** SI Tynset*		SI Lillehammer SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll, SI Sanderud
	Alternativ 2E	SI Sanderud SI Lillehammer	SI Tynset*	SI Gjøvik SI Kongsvinger****	SI Elverum LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles på SI Sanderud
	Alternativ 2F	SI Elverum SI Gjøvik	SI Tynset*	SI Lillehammer	SI Hamar SI Kongsvinger**** LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll, SI Sanderud
Fremtidig modell med tre store akutt sykehus i Mjøsregionen						
Tre store akutt sykehus 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, SI Sanderud
	Alternativ 3B	SI Gjøvik SI Elverum SI Lillehammer SI Kongsvinger****	SI Tynset*		SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll, SI Sanderud
	Alternativ 3C	SI Lillehammer SI Elverum SI Gjøvik	SI Kongsvinger**** SI Tynset*		SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehus-funksjonene beholdes på SI Reinsvoll, SI Sanderud
	Alternativ 3D	SI Sanderud SI Elverum SI Gjøvik	SI Tynset*		SI Elverum LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene samles på SI Sanderud
	Alternativ 3E	SI Elverum SI Gjøvik SI Lillehammer	SI Tynset*	SI Kongsvinger****	SI Hamar LMS** DPS m/akutt***	Sentralsykehusfunksjonene beholdes på SI Reinsvoll, SI Sanderud

*) SI Tynset beholder akutt kirurgi 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 *) SI Kongsvinger med tilhørende befolkningsområde overføres til Akershus universitetssykehus HF fra 2019

Sykehus med strek under angir hvor de akutte områdefunksjonene er samlet.