

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	22. september 2022

Sak 102-2022

Sykehuset Innlandet HF – hovedprogram og valg av hovedalternativ og tomt for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF

Forslag til vedtak:

1. Det er behov for å samle spesialiserte funksjoner for å styrke pasienttilbudet og fagmiljøene i Sykehuset Innlandet HF. I tillegg må dagens sykehusbygg på Hamar erstattes. Det er gjennomført en likeverdig utredning av to alternativer, som begge vil kunne legge grunnlaget for å videreutvikle et godt pasienttilbud i Innlandet. Det er nødvendig med en avklaring av framtidig struktur for Sykehuset Innlandet HF.
2. Styret godkjenner at Mjøssykehus-alternativet legges til grunn for steg 2 av konseptfasen for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF.
3. Styret godkjenner hovedprogram steg 1 for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF, Mjøssykehuset, og ber om at dette legges til grunn for steg 2 av konseptfasen.
4. Styret godkjenner at Mjøssykehuset planlegges på tomt «Moskogen» i Moelv.
5. Styret viser til at det foreløpige investeringsestimater for Mjøssykehuset er høyere enn planleggingsrammen. Det skal arbeides for å redusere kostnader og ivareta kostnadseffektivitet i løsninger og prosjektgjennomføring.
6. Etablering av et nytt stort Mjøssykehus medfører samling av funksjoner som i dag er lokalisert på seks ulike sykehus. Styret erkjenner at omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom, medfører risiko. Tiltak for å redusere risiko må iverksettes. Det skal i steg to av konseptfasen blant annet vurderes om trinnvis utbygging er et egnet tiltak for å redusere risikoen ved omstillingen.
7. utfordringer knyttet til rekruttering og bibehold av medarbeidere vil være en risiko forut for og etter endring i struktur. For å møte dette må Sykehuset Innlandet HF utarbeide en plan for å styrke rekrutteringen og å gjennomføre de fremtidige endringene i organisasjonen. Fagområder og funksjoner som kan og bør samles skal, så langt det er mulig, samles i forkant av en framtidig innflytting i et nytt bygg.

8. Sykehuset Innlandet HF har lagt til grunn en stor økonomisk forbedring som følge av planene for Mjøssykehuset. Økonomianalysene viser at effektiviseringen og kostnadstilpasningen i forkant også er vesentlige for helseforetakets økonomiske bæreevne. Det forutsettes at Sykehuset Innlandet HF arbeider videre med tiltak som konkretiserer kostnadstilpasningen i forkant av og gevinstuttak i etterkant av innflytting, som lagt til grunn i vurderingene av økonomisk bæreevne.
9. Saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet, jamfør protokoll fra foretaksmøte 10. januar 2022 sak 3.7.4.

Hamar, 15. september 2022

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

«Rapport konseptfase steg 1, beslutning B3A, Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF» ble behandlet som orienteringssak i styret 25. august 2022.

I denne saken drøftes de to alternativene, Mjøspsykehuset og null pluss, sin evne til å tilfredsstillende vedtatt målbilde, og oppfølgingspunkter fra styrets forrige behandling drøftes. Med dette som grunnlag gir administrerende direktør sin anbefaling for valg av alternativ for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF.

Saken skal oversendes Helse- og omsorgsdepartementet, jamfør protokoll fra foretaksmøte 10. januar 2022, sak 3.7.4.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

2.1 Tidligere styresaker

I sak 058-2021 *Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF* av 28. mai 2021, fattet styret vedtak om oppstart konseptfase for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. Utredningen skulle omfatte to alternativer; Mjøspsykehus-alternativet og null pluss-alternativet. Vedtaket ble bekreftet i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 15. juni 2021, sak 13 *Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF*. I sak 105-2021 *Mandat for konseptfase i arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF*, ble styret 23. september 2021 forelagt utkast til mandat for konseptfasen for prosjektet. I sak 085-2022 *Sykehuset Innlandet HF – Orientering om steg 1 av konseptfase, og analyse av tomtealternativer for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF* ble styret orientert om resultatene fra konseptfasens steg 1, og analyse med anbefaling av tomt for de to alternativene. Styret fattet følgende enstemmige vedtak (foreløpig protokoll):

1. *Styret tar rapport og redegjørelse for steg 1 av konseptfasen og analyse av tomtealternativer for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF til orientering.*
2. *Styret ber om at det legges frem en beslutningssak til styremøtet 22. september 2022 med forslag til hovedalternativ og tilhørende tomtevalg.*

For historikk og ytterligere detaljer fra behandling av tidligere styresaker, henvises det til sak 085-2022 *Sykehuset Innlandet HF – Orientering om steg 1 av konseptfase, og analyse av tomtealternativer for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF*.

2.2 Behandling i styret i Sykehuset Innlandet HF

Styret i Sykehuset Innlandet HF behandlet sak 060-2022 *Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – Konseptfasen steg 1* den 25. august 2022. Det fremgår av foreløpig protokoll at styret i Sykehuset Innlandet HF, i tråd med administrerende direktørs innstilling, fattet følgende flertallsvedtak mot tre stemmer:

1. *Styret tar den framlagte Konseptrapport steg 1 – Videreutvikling av Sykehuset Innlandet til orientering. Styret støtter styringsgruppens vurdering om at saken er tilstrekkelig utredet og belyst for anbefaling om å gå videre til konseptfasens steg 2.*
2. *Styret legger til grunn at Sykehuset Innlandets målbilde med utvikling av pasientens helsetjeneste gjennom samhandling med primærhelsetjenesten, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og samling av spesialiserte helsetjenester er i varetatt i utredningen.*
3. *Styret mener på bakgrunn av en helhetlig vurdering av konseptrapporten steg 1 og styringsgruppens anbefaling at det er alternativet med Mjøssykehuset som best svarer ut utfordringsbildet for Sykehuset Innlandet. Styret anbefaler at dette alternativet blir lagt til grunn i steg 2 av konseptfasen:*
 - a. *Mjøssykehus med en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, lokalisert til Moelv.*
 - b. *Stort akutt sykehus med gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi, fødetilbud og akutt indremedisin lokalisert i Lillehammer.*
 - c. *Elektivt sykehus med indremedisinsk profil, dagkirurgi og skadepoliklinikk lokalisert i Elverum sammen med en samhandlingsarena og ny luftambulansbase.*
 - d. *Akutt sykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi.*
 - e. *Lokalmedisinske sentra lokalisert til Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Hadeland.*
 - f. *Distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.*

Etter en samlet vurdering støtter styret at indremedisinske akutfunksjoner kan legges til sykehuset i Elverum for det opptaksområdet som i dag har sykehuset i Elverum som sitt lokalsykehus.

4. *Styret har merket seg oppdraget gitt i Helse Sør-Øst RHF sin sak 058-2021 «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF», om å planlegge for god drift, rekruttering og opprettholdelse av kompetanse i mellomfasen fram til etablering av ny sykehusstruktur basert på oppdaterte risiko- og sårbarhetsanalyser. Styret erkjenner kompleksiteten i omstillingsprosessen.*

Det er påpekt flere risikoområder som styret ber om at følges opp i konseptfasens steg 2. Styret forventer særskilt oppmerksomhet på områdene beholde og rekruttere medarbeidere, økonomi og omstilling. Styret ber om å få framlagt en handlingsplan for å redusere risikoer når endelig vedtak er fattet i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.

5. *Styret forutsetter at det også i det videre arbeidet fram mot ny struktur blir lagt til rette for medvirkning fra de ansattes organisasjoner, relevante fagmiljø, brukere og andre interessenter. Prosessen skal være forutsigbar og legge til rette for medvirkning.*
6. *Styret ber administrerende direktør oversende Sykehuset Innlandets anbefaling til behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF.*

Styremedlem Per Hillestad Christensen kom med følgende alternative forslag til nytt vedtakspunkt 3:

Styret mener på bakgrunn av en helhetlig vurdering av konseptfaserapport steg 1 at det er 0+ som best svarer ut de prosjektutløsende behovene. Styre anbefaler at dette alternative blir lagt til grunn i steg 2 av konseptfasen. Styre legger til grunn at dette er første steg i en mer omfattende og kontrollert faglig og strukturell omstilling i SI som bringer foretaket mot de ønskede målene.

Det ble votert over forslaget med tre mot åtte stemmer.

Det ble votert over forslaget til administrerende direktør sin innstilling til vedtakspunkt 3 med åtte mot tre stemmer.

2.3 Bakgrunn og behov

Bakgrunnen for prosjektet er Sykehuset Innlandet HFs utfordringer med en spredt fordeling av funksjoner på tvers av geografi og sykehus. Strukturen er kostnadsdrivende fordi den medfører et forholdsmessig stort behov for vedlikehold og duplisering av medisinsk teknisk utstyr, beredskap og vaktlag, som følge av drift på flere steder. Det er også krevende å oppnå en god bruk av ressurser med høy kompetanse, blant annet fordi disse er spredt på ulike enheter med små fagmiljøer som er sårbare for mangel på nøkkelpersonell. Konsekvensen er at tilbudet til pasienten varierer ut fra hvilket sykehus pasienten kommer til, og mange pasientgrupper må forholde seg til flere ulike sykehus i sine behandlingsforløp.

Store deler av bygningsmassen i Sykehuset Innlandet HF er av eldre dato, med lav tilstandsgrad og en utforming som gjør tilpasninger til framtidig moderne sykehusdrift krevende.

2.4 Framskrivning av kapasitetsbehov

Framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitetsbehov er oppdatert i konseptfasens steg 1. Aktivitetsdata fra 2019 er basis for framskrivningen, og den nasjonale framskrivningsmodellen med middels utnyttingsgrad er benyttet for somatiske funksjoner. Dette er i tråd med vedtatte utnyttelsesgrader i Helse Sør-Øst RHF. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er framskrevet med nasjonal modell.

Basert på funksjonsfordelingen i de to alternativene som er utredet, vises fordelingen av somatiske senger for sykehusene og antall døgnplasser for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i tabellene på neste side.

Framskrivning kapasitet somatikk										
Somatiske senger	Elverum	Hamar	Lillehammer	Mjøssykehus	Gjøvik	Tynset	Somatiske senger	Spesialsykehus rehabilitering	LMS	SUM somatiske senger, LMS og spesialsykehus
Mjøssykehus-alternativet	60	0	119	407	0	39	625	0	30	655
Null pluss-alternativet	78	160	168	0	160	39	605	49	0	654

Tabell 1 Fordeling av somatiske senger i alternativene

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)									
Døgnplasser PHV og TSB	Sanderud	Reinsvoll	Mjøssykehus	DPS Tynset	DPS Lillehammer	DPS Elverum	DPS Hamar	DPS Gjøvik	Sum døgnplasser
Mjøssykehus-alternativet	0	0	177	5	17	0	28	36	263
Null pluss-alternativet	95	82	0	5	17	0	28	36	263

Tabell 2 Fordeling av senger psykisk helsevern voksne (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i alternativene

Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)					
Døgnplasser BUP	Sanderud	Gjøvik	Lillehammer	Nytt Mjøssykehus	Sum døgnplasser
Mjøssykehus-alternativet	0	0	0	17	17
Null pluss-alternativet	8	4	5	0	17

Tabell 3 Fordeling av senger barne- og ungdomspsykiatri (BUP) i alternativene

Kapasitetsberegningen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er den samme for begge de to alternativene. Fordeling av voksenpsykiatri, barnepsykiatri og tverrfaglig rusbehandling vises i tabellen under.

Psykisk helsevern og TSB	Sykehuspsykiatri		DPS	
	Senger	Poliklinikkrom	Senger	Poliklinikkrom
Voksenpsykiatri	143	9	86	68
Barne- og ungdomspsykiatri	17	1	0	35
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	34	1	0	24

Tabell 4 Kapasitetsberegning psykisk helsevern

2.5 Hovedprogram

2.5.1 Hovedprogram Mjøssykehuset

For Mjøssykehus-alternativet er følgende forutsetninger lagt til grunn for programmert areal:

- all døgnaktivitet innenfor sykehusbasert psykisk helsevern for voksne, barn og ungdom
- all døgnaktivitet innenfor sykehusbasert tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- all døgnaktivitet innenfor habilitering og rehabilitering
- alle spesialiserte døgnfunksjoner innenfor somatiske fagområder
- all døgnaktivitet fra Lillehammer sykehus innenfor fagområdene barne- og ungdomsmedisin, kvinnesykdommer og nevrologi
- all døgnaktivitet fra Gjøvik sykehus
- all døgnaktivitet fra Hamar sykehus
- all døgnaktivitet fra Elverum sykehus, unntatt akutt og elektiv indremedisin

For spesialiserte døgnfunksjoner innen somatikk, er 13 senger innen ortogeriatrici lagt til akutt sykehuset på Lillehammer. For opptaksområdet som i dag har sykehuset i Elverum som sitt lokalsykehus, er akutfunksjoner innenfor indremedisin lagt til elektivt sykehus i Elverum.

De programmerte arealene for Mjøssykehuset og erstatningssykehuset i Hamar er begge basert på den anbefalte arealnormen fra Sykehusbygg HF. Sykehusbygg HF har som følge av tidligere erfaringer, anbefalt å øke arealnormene for en rekke standardrom, med hensikt å oppnå gode funksjonelle sykehusarealer. Videre er det benyttet en brutto/netto-faktor på 2,4. Denne er noe høyere enn den tidligere benyttede faktoren på 2,3. Erfaringer fra nyere sykehusbyggprosjekter har vist at en brutto/netto-faktor på 2,3 er vanskelig å oppnå.

Endringene i arealnorm og brutto/netto-faktor medfører at samlet areal for Mjøssykehuset har økt med 11 444 kvadratmeter sammenlignet med tidligere. Av disse utgjør 4 698 kvadratmeter endret brutto/netto-faktor, og 6746 kvadratmeter endret arealnorm. Det har ikke vært noen økning i funksjonsarealet. I tabellen under vises arealbehov basert på framskriving:

Mjøssykehuset Framskrevet med aktivitetstall fra 2019			
Delfunksjon	Kapasitet	Arealnorm (NY)	Netto kvm.
Sengeområder, inkl. intensiv, observasjon, pasienthotell	407	34	13 838
Føderom	7	70	490
Poliklinikk, somatikk	90	30	2 700
Areal i poliklinikk for e-helse, telemedisin etc.	0		0
Kliniske spesiallaboratorier	45	45	2 025
Dialyse	16	22	352
Dagområde (medisinsk dagbehandling)	28	22	616
Sengeområder VOP og TSB	177	45	7 965
Sengeområde BUP	17	45	765
Poliklinikk og dagbehandling VOP og TSB	10	30	300
Poliklinikk og dagbehandling BUP	1	30	30
Akuttmottak, inkl. AMK	1		1 000
Operasjon, døgnekirurgi	13	120	1 560
Operasjon, dagkirurgi	8	120	960
Oppvåkning, døgnekirurgi	20	18	360
Oppvåkning, dagkirurgi	28	18	504
Bildedagnostikk, inkl. nukleærmedisin og PET	22	90	1 980
DELSUM			35 445
Stråleterapi - stråleenhet (inkl. senger og poliklinikk konkretiseringsrapporten)			1 040
Andre kliniske støttefunksjoner			300
Laboratoriemedisin (blodbank og medisinsk biokjemi)			2 400
Ikke-medisinsk service, inkl. varemottak, sterilsentral, apotek, renhold, avfall mm.			3 000
Produksjonskjøkken			0
Administrative kontorfunksjoner, inkl. foretaksledelse			1 000
Kliniske kontorfunksjoner			2 500
Garderober			2 000
Personellservice inkl. kantine, overnatting ansatt mm.			800
Pasientservice, inkl. pasientinformasjon, skole, rekreasjon			800
Undervisning og forskning			500
DELSUM			14 340
SUM netto			49 785
SUM bruttoareal (BTA)		2,4	119 484

Tabell 5 Arealberegning Mjøssykehuset

Under disse gitte forutsetningene beregnes det at Mjøssykehuset får et bruttoareal på i underkant av 120 000 kvadratmeter.

I steg 2 av konseptfasen skal det arbeides med å videreutvikle funksjonelle sammenhenger for virksomhetene. Målsetningen er også at brutto/netto-faktoren reduseres, uten at det går ut over arbeidsflyt og andre kvaliteter.

2.5.2 Hovedprogram erstatningssykehus for sykehuset i Hamar

For erstatningssykehuset for sykehuset i Hamar er følgende forutsetninger lagt til grunn for programmert areal:

- indremedisin
- akutte tilbud innen ortopedi
- fødselshjelp og kvinnesykdommer
- barne- og ungdomsmedisin med nyfødtsmedisin
- øre-nese-hals
- karkirurgi
- urologi
- gastrokirurgi
- bryst- og endokrinkirurgi
- plastikkirurgi

Erstatningssykehus Hamar Framskrevet med aktivitetstall fra 2019			
Delfunksjon	Kapasitet	Arealnorm	Netto kvm.
Sengeområder, inkl. intensiv, observasjon, pasienthotell	160	34	5440
Føderom	3	70	210
Poliklinikk, somatikk	27	30	810
Areal i poliklinikk for e-helse, telemedisin etc.	0		0
Kliniske spesiallaboratorier	14	45	630
Dialyse	0	0	0
Dagområde (medisinsk dagbehandling)	17	22	374
Sengeområder VOP og TSB	0	0	0
Sengeområde BUP	0	0	0
Poliklinikk og dagbehandling VOP og TSB	26	30	780
Poliklinikk og dagbehandling BUP	0	0	0
Akuttmottak, ekskl. AMK	1	600	600
Operasjon, døgnekirurgi	8	120	960
Operasjon, dagkirurgi	3	120	360
Oppvåkning, døgnekirurgi	12	18	216
Oppvåkning, dagkirurgi	11	18	198
Bilddiagnostikk	12	90	1080
DELSUM			11 058
Stråleterapi, inkl. stråleenhet, senger og poliklinikk			0
Andre kliniske støttefunksjoner			300
Laboratoriemedisin (blodbank og medisinsk biokjemi), apotek			1 750
Ikke-med. service, inkl. varemottak, sterilsentral, renhold, avfall, mm.			1 500
Produksjonskjøkken			0
Administrative kontorfunksjoner, inkl. foretaksledelse			0
Kliniske kontorfunksjoner			1 000
Garderober			1 300
Personellservice inkl. kantine, overnatting ansatt mm.			1 000
Pasientervice, inkl. pasientinformasjon, skole, rekreasjon			200
Undervisning og forskning			200
DELSUM			7 850
SUM nettoareal			18 376
SUM bruttoareal (BTA)			45 379

Tabell 6 Arealberegning erstatningssykehus Hamar – null pluss-alternativet

Erstatningssykehuset for sykehuset i Hamar får et programmert bruttoareal på i ca. 45 000 kvadratmeter.

I konseptfasen steg 1 er det også mulighetene for å inkludere dagens poliklinisk fysikalsk medisin og rehabilitering ved Ottestad og DPS Løbak belyst. Dette vil medføre en økning i nettoarealet på ca. 1 792 kvadratmeter.

2.6 Funksjonsfordeling og arealoversikt for de to alternativene

2.6.1 Funksjonsfordeling

De to alternativene, Mjøssykehus og null pluss, representerer ulike strukturer for sykehusstilbudet i Innlandet.

Tabellen under viser plassering av de ulike funksjonene i Mjøssykehus-alternativet.

Mjøssykehus-alternativet					
Behandlingssteder					
Behandlingstilbud	Mjøssykehus	Lillehammer sykehus	Elverum sykehus	Tynset sykehus	LMS
Psykisk helsevern og TSB	x				
DPS		x	x	x	x
Habilitering og rehabilitering	x				
Nevrologi	x				
Pediatri	x				
Spesialisert indremedisin (1)	x				
Spesialisert kirurgi (2)	x				
Fødselshjelp	x	x		x	
Akutt kirurgi (3)	x	x		x	
Akutt ortopedi	x	x		x	
Elektiv døgnekirurgi	x	x		x	
Dagkirurgi	x	x	x	x	
Elektiv indremedisin	x	x	x	x	x
Akutt indremedisin (4)	x	x	x	x	

(1) Spesialiserte funksjoner innenfor nyresykdommer, blodsykdommer, lungemedisin, infeksjonsmedisin, endokrinologi, hjertemedisin, fordøyelsessykdommer og onkologi

(2) Kreftkirurgi, karkirurgi, mamma- og endokrinkirurgi, plastikkirurgi, øre-neste-hals kirurgi, traumekirurgi, øyesykdommer og urologi

(3) Gastrokirurgi og generell kirurgi

(4) Generell indremedisin, hjertemedisin, lungemedisin, infeksjonssykdommer, fordøyelsessykdommer og geriatri

Tabell 7 Virksomhetsinnhold Mjøssykehus-alternativet

I Mjøssykehus-alternativet samles spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hensikten med dette er å oppnå større og mer robuste fagmiljøer med bedre muligheter for spesialisering, samling av kompetanse og større tverrfaglighet.

Løsningen med et stort akutt sykehus på Lillehammer i tillegg til Mjøssykehuset, samt et sykehus i Elverum med elektiv behandling og akuttfunksjoner innen indremedisin (generell

indremedisin, hjertemedisin, lungemedisin, infeksjonssykdommer, fordøyelsessykdommer og geriatri) vil gi fleksibilitet ved overbelegg og i beredskapssituasjoner (ulykker, infeksjonsutbrudd, terrorhandlinger, osv.). Samtidig vil et stort akutt sykehus uten spesialiserte funksjoner kunne ha rotasjonsordninger med Mjøssykehuset for leger, jordmødre og sykepleiere, slik at faglig kompetanse, attraktive fagmiljø og vaktordninger med et tilstrekkelig antall leger både innenfor gastrokirurgi og fødselsomsorg, blir ivarettatt. Nærheten mellom Lillehammer og Moelv vil kunne forenkle dette samarbeidet.

Null pluss-alternativet Behandlingssteder		
Behandlingstilbud	Hamar sykehus	Elverum sykehus
DPS	x	x
Akutt Indremedisin	x	x
Akutt gastrokirurgi	x	
Akutt ortopedi	x	
Elektiv ortopedi døgn		x
Traumer	x	
Urologi	x	
Karkirurgi	x	
ØNH	x	
Øye		x
Mamma endokrin / BDS	x	
Obstetikk/gynekologi	x	
Pediatri	x	
Dagkirurgi	x	x
Dagtilbud gastro	x	x
Elektiv indremedisin	x	x

Tabell 8 Virksomhetsinnhold null pluss-alternativet

Null pluss-alternativet vil med angitte avgrensninger ikke medføre endringer i dagens funksjoner ved Tynset, Lillehammer, Gjøvik, Reinsvoll, Sanderud og enhetene for spesialisert rehabilitering. Alternativet vil imidlertid forbedre funksjonsfordelingen mellom sykehusene på Elverum og Hamar og samlokalisere somatikk med psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling i dette området. I denne strukturen oppnås et komplett traumetilbud og tilrettelegging for samlokalisering av fødselshjelp og gynekologi med gastrokirurgi, urologi og karkirurgi på Hamar. Barne- og ungdomsavdelingen samlokalisert med de kirurgiske fagene på Hamar vil gjøre kirurgi tilgjengelig sammen med barnemedisinsk kompetanse. Løsningen vil også bedre tilsynsfunksjonen innen gastrokirurgi for akutt indremedisin på Elverum.

Null pluss-alternativet medfører en videreføring av tre store akutt sykehus i Mjøsregionen; Gjøvik, Lillehammer og erstatningssykehuset på Hamar med akutt indremedisin, akutt gastrokirurgi og akutt ortopedi hvert sted. I tillegg skal sykehuset på Elverum ha tilbud innen akutt indremedisin og elektiv ortopedi, og sykehuset på Tynset skal styrkes med mer elektiv kirurgi. For kirurgi vil dette gi en løsning med akutt gastrokirurgi ved like mange enheter som i dag, og for det ortopediske fagområdet vil antallet enheter øke fra fire til fem.

For null pluss-alternativet vil psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreføre dublerede funksjoner ved de to psykiatriske sykehusene på Sanderud og Reinsvoll.

Det er akuttavdeling ved begge steder, og det er uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelsen. En samlokalisering av somatikk og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vil gi bedre tilgang til de ulike fagfeltenes kompetanse og tjenester. Null pluss-alternativet med en lokalisering av erstatningssykehuset på samme tomt som det psykiatriske sykehuset på Sanderud, vil legge til rette for et mer samordnet tilbud til pasientene i opptaksområdene til Sanderud, Elverum og Hamar. For de øvrige opptaksområdene i Sykehuset Innlandet HF gir alternativet ingen endring i samarbeidet mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk.

I begge de to alternativene er det lagt til grunn at akutt indremedisin for lokalsykehusområdet Elverum legges til sykehuset i Elverum. Et viktig hensyn er at et økt antall eldre vil kunne få store deler av det akutte indremedisinske tilbudet ved lokalsykehuset i Elverum. Styret i Sykehuset Innlandet HF har i sak 060-2022 vedtatt at de støtter at indremedisinske akuttfunksjoner kan legges til sykehuset i Elverum for det opptaksområdet som i dag har sykehuset i Elverum som sitt lokalsykehus.

Med opprettholdelse av et akutt tilbud innen indremedisin i Elverum, vil sykehuset i Elverum bli et akutt sykehus, jf. definisjonen av akutt sykehus i Meld. St. 11 (2015–2016) «Nasjonal helse- og sykehusplan» (2016–2019). Sykehuset Innlandet HF har lagt opp til at pasienter med vanlige tilstander som har behov for innleggelse som øyeblikkelig hjelp innenfor indremedisin, kan behandles på sykehuset i Elverum. Elverum sykehus vil med denne løsningen ha akutt mottak, sengepost for akutt indremedisin og en overvåkingsenhet for indremedisinske pasienter på nivå med sykehuset på Tynset. Det er i tillegg planlagt en skadepoliklinikk i Elverum med utvidet åpningstid for behandling og oppfølging av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Videre er det besluttet etablering av en luftambulansbase med døgnkontinuerlig vaktfunksjon i Elverum. Digitale løsninger vil kunne benyttes for veiledning og samarbeid om pasienter med Mjøssykehuset. Sammen med effektiv prehospital triage av hvilke pasienter som innlegges hvor, vil dette gi et godt tilbud til pasientene.

Sykehuset i Elverum vil i null pluss-alternativet ha 18 flere senger (inkludert fire intensivsenger) og fem flere poliklinikkrom enn i alternativet med Mjøssykehuset. En høy aktivitet innen poliklinikk og dagbehandling vil bedre tilsynsfunksjonen for akutt indremedisin på sykehuset på Elverum. Sykehuset Innlandet HF vurderer at en fortsatt stor indremedisinsk avdeling og en enhet med elektiv ortopedi, gir behov for akutt mottak og intensivsenhet i Elverum omtrent på nivå som i dag.

2.6.2 Lokalmedisinske sentre og desentraliserte tjenester

Målbilde for videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF bygger på videreutvikling av samhandling med primærhelsetjenesten, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og samling av spesialiserte helsetjenester.

Framskrivningene viser en befolkningsutvikling med økt andel eldre. Disse har et større behov for helsetjenester enn den yngre delen av befolkningen. Samtidig vil behandlingsformer for ulike sykdommer bli endret. Stadig flere pasienter kan behandles poliklinisk og ved dagbehandling, uten behov for døgnopphold på sykehus. Flere pasienter kan få behandling i hjemkommunen ved desentraliserte spesialisthelsetjenester, og gjennom

samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I tillegg vil samlokalisering av spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester gi større muligheter til å etablere helhetlige pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det kan være krevende for flere kommuner med liten eller negativ befolkningsvekst, og med en økende andel eldre, å håndtere fremtidig pasientvolum. Desentralisering av tjenester og en tettere samhandling med primærhelsetjenesten kan bidra til at man lykkes med dette.

Ved å samle funksjoner i et Mjøssykehus legges det til rette for at flere tjenester enn i dag kan desentraliseres til enheter utenfor Mjøsregionen. Samling av fagmiljøer vil gi kompetanse og ressurser til å kunne gi spesialisert støtte og veiledning til lokale enheter. Dette betyr at de to lokalmedisinske sentrene som finnes i dag; LMS Valdres og LMS Nord-Gudbrandsdal, kan styrkes og videreutvikles. I tillegg er det i Mjøssykehus-alternativet lagt til grunn etablering av et lokalmedisinsk senter på Hadeland, i samarbeid med Gran og Lunner kommuner. Distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker er desentraliserte spesialisthelsetjenester som skal dekke behov for utredning, behandling og akutt helsehjelp. Dette gjelder virksomheten i Elverum, Gjøvik, Hadeland, Hamar, Lillehammer, Otta, Tynset og i Valdres. Disse enhetene kan videreutvikles i ny struktur.

Ambulansetjenesten har 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 prehospitalt. Samling av sykehus eller faglige tilbud vil påvirke reiseavstand og reisetid. Med større grad av prehospital diagnostikk og behandlingsoppstart, vil viktige medisinske tiltak kunne iverksettes før ankomst til sykehus. Det blir derfor viktigere å vurdere prehospital responstid (dvs. hvor lang tid det tar før ambulansen er hos pasienten) enn prehospital transporttid (hvor lang tid transporten tar til sykehuset). Samling av sykehus eller fagtilbud vil ikke påvirke responstiden.

De prehospitale tjenestene skal styrkes gjennom etablering av ny luftambulansebase i Innlandet. Den øvrige ambulansestrukturen må gjennomgå i etterkant av beslutning om ny sykehusstruktur, og samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet og kommunene må videreutvikles for de områder i den akuttmedisinske kjeden hvor det foreligger et felles ansvar.

2.6.3 Arealoversikt

Begge alternativene medfører en betydelig investering i nybygg, hvorav Mjøssykehus-alternativet har størst investeringsbehov. Med etablering av Mjøssykehuset på Moelv blir det samlede arealbehovet for Sykehuset Innlandet HF redusert med 57 000 kvadratmeter, sammenliknet med null pluss-alternativet. Reduksjonen i arealbehov for null pluss sammenliknet med dagens situasjon er mer beskjeden, på om lag 4 000 kvadratmeter.

Tabellen på neste side viser arealbehovet på de ulike stedene. Nye arealer er markert med blått.

	Dagens struktur	Null pluss-alternativet	Mjøssykehus-alternativet
Lokalisasjon	Areal (m ² BTA)	Areal (m ² BTA)	Areal (m ² BTA)
Hamar – Erstatningssykehus (nybygg)	23 315	45 379	0
Mjøssykehus på Moelv (nybygg)	0	0	119 484
Lillehammer	67 151	62 393	61 290
Gjøvik	54 200	52 020	0
Elverum	47 027	38 220	37 048
Tynset	12 372	11 670	11 670
Sanderud	38 328	31 422	0
Reinsvoll	31 096	28 417	0
Rehabilitering Follebu, Gjøvik og Ottestad	13 192	13 192	0
Rehabilitering Lillehammer og Sanderud	3 558	3 558	0
SUM	290 239	286 271	229 492

Tabell 9 Arealoversikt for alternativene

Sammenlignet med andre sykehus i Helse Sør-Øst, vil Mjøssykehuset være på størrelse med det største sykehuset i øvrige sykehusområder. Til sammenlikning er Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, ca. 322 000 kvadratmeter, Akershus universitetssykehus HF, Nordbyhagen, ca. 192 000 kvadratmeter, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand, ca. 163 000 kvadratmeter, Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg, 132 000 kvadratmeter, Vestre Viken HF, Nytt sykehus i Drammen, på ca. 126 000 kvadratmeter, Sykehuset Telemark HF, Skien, på ca. 103 000 kvadratmeter og Sykehuset Østfold HF, Kalnes, på 92 000 kvadratmeter.

2.7 Investeringskostnader, driftsøkonomi og bæreevne

Tabellen under viser de totale investeringskostnadene, eksklusive kostnader til tomt, ikke-byggnær IKT og byggelånsrenter, for begge alternativene.

Investeringsestimater bygg pr. alternativ (tall i mill. kroner)								
Sted	Mjøssykehus-alternativet				Null pluss-alternativet			
	Vedlikehold	Teknisk oppgradering	Ombygging / nybygg	Sum	Vedlikehold	Teknisk oppgradering	Ombygging / nybygg	Sum
Lillehammer	344	289	1 914	2 547	344	297	1 964	2 605
Gjøvik	56	0	0	56	277	186	1 593	2 057
Hamar	24	0	0	24	24	0	0	24
Elverum	233	183	1 512	1 928	233	186	1 566	1 987
Rehab. Follebu, Gjøvik, Ottestad	14	0	0	14	67	85	449	602
Tynset	63	68	432	564	63	68	432	564
Habilitering Lillehammer og Sanderud	4	0	0	4	18	23	121	163
Sanderud	32	0	0	32	161	223	644	1 028
Reinsvoll	29	0	0	29	145	110	740	996
Mjøssykehuset (eks. tomt)			11 279	11 279				0
Erstatningssykehus Hamar (eks. tomt)							4 284	4 284
Totalt	798	540	15 139	16 478	1 332	1 182	11 795	14 309

Tabell 10 Estimerte investeringskostnader

Et stort utbyggingsprosjekt vil medføre økonomisk risiko i hovedsak knyttet til bæreevne for helseforetaket. Sykehuset Innlandet HF legger til grunn at effektivisering og kostnadstilpasning i forkant, og driftsgevinstene etter ibruktakelse, skal betjene renter og avdrag på lånet og opprettholde kapitalverdier.

Sykehuset Innlandet HF har gjennom sin utredning av økonomisk langtidsplan og driftsøkonomiske effekter, lagt til grunn et høyt nivå av effektivisering i forkant og et betydelig årlig gevinstuttak i etterkant av innflytting for Mjøssykehus-alternativet. Økonomisk bæreevne avhenger i stor grad av at helseforetaket lykkes med disse planene.

2.7.1 Dagens driftsøkonomiske situasjon

Sykehuset Innlandet HF har budsjettert med en driftsmargin før av- og nedskrivninger (EBITDA-margin) på tre prosent for 2022. Gjennomsnittet i Helse Sør-Øst er om lag 4,5 prosent for inneværende år. Sykehuset Innlandet HF er det helseforetaket i Helse Sør-Øst med lavest budsjettert EBITDA-margin for 2022.

EBITDA - margin ekskl. salg og utsatt inntekt	2017	2018	2019	2020	2021	B2022
Akershus universitetssykehus HF	5,7 %	7,5 %	6,8	5,5 %	6,1 %	4,7 %
Oslo universitetssykehus HF	5,4 %	5,6 %	4,8 %	3,8 %	6,2 %	4,9 %
Sykehuset Innlandet HF	3,8 %	1,9 %	3,5 %	1,7 %	3,6 %	3,0 %
Sykehuset i Vestfold HF	5,0 %	5,1 %	5,6 %	6,5 %	5,2 %	5,3 %
Sørlandet sykehus HF	4,4 %	3,6 %	2,9 %	3,3 %	3,9 %	3,3 %
Sykehuset Telemark HF	2,6 %	2,4 %	3,1 %	2,4 %	3,9 %	3,6 %
Sunnaas sykehus HF	9,7 %	8,2 %	3,6 %	6,8 %	3,9 %	4,1 %
Sykehuset Østfold HF	1,6 %	3,2 %	4,6 %	4,9 %	5,9 %	5,8 %
Vestre Viken HF	4,2 %	5,7 %	5,8 %	4,6 %	4,9 %	5,6 %
Gjennomsnitt Helse Sør-Øst	4,7 %	4,8 %	4,5 %	4,4 %	4,9 %	4,5 %

Tabell 11 Historisk og budsjettert EBITDA-margin (driftsresultatmargin før av- og nedskrivninger justert for salg av anleggsmidler og utsatt inntekt) for helseforetakene i Helse Sør-Øst

I henhold til SAMDATA (2019) drifter Sykehuset Innlandet HF relativt kostnadseffektivt innen tjenesteområdet somatikk målt ved kostnad per DRG, og tabellen nedenfor viser at Sykehuset Innlandet HF er ett av helseforetakene med høyest antall DRG per brutto månedsverk i helseregionen. Kostnad per DRG påvirkes av fordeling av samlet aktivitet, inklusive mellom døgn- og dagbehandling og poliklinisk aktivitet. Innen tjenesteområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt prehospitaltjenester, har Sykehuset Innlandet HF relativt sett et høyere kostnadsnivå enn flere av helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF. Innen psykisk helsevern for voksne er kostnader pr døgnopphold nest høyest i regionen. Det bør utvises forsiktighet med å konkludere med et tjenesteområdes kostnadseffektivitet basert på et enkelt måltall.

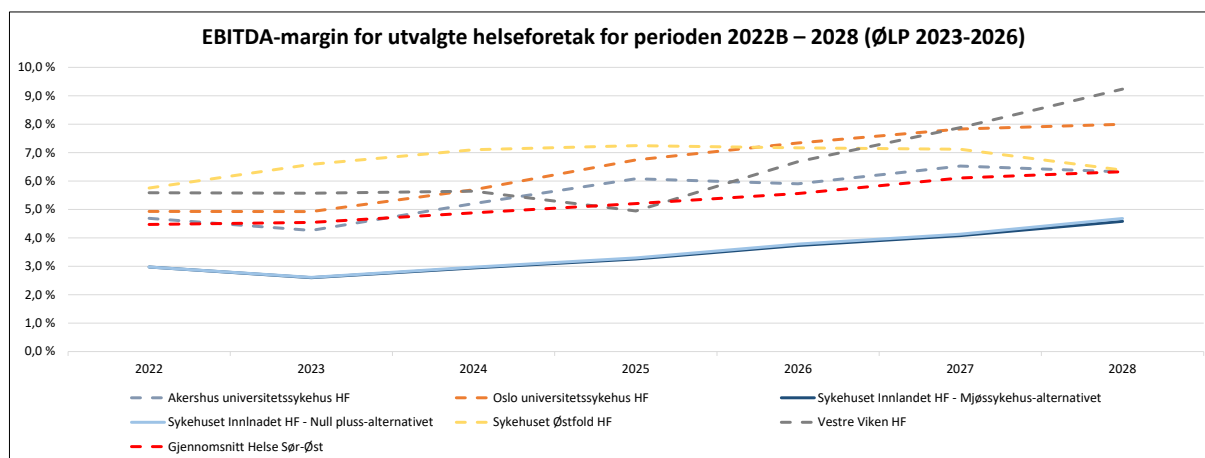
Tjenesteområde	Somatikk ISF-produktivitet		Psykisk helsevern Kostnad pr pasient	
	Gjennomsnitt 2018-2019	Gjennomsnitt 2020-2022	Gjennomsnitt 2018-2020 PHV-BU	Gjennomsnitt 2018-2020 PHV-V
Akershus universitetssykehus HF	1,72	1,62	76 911	101 099
Oslo universitetssykehus HF	1,27	1,18	118 630	204 048
Sunnaas sykehus HF	0,94	0,82	-	-
Sykehuset i Vestfold HF	1,75	1,68	73 807	89 468
Sykehuset Innlandet HF	1,74	1,66	77 575	125 694
Sykehuset Telemark HF	1,71	1,63	79 687	97 976
Sykehuset Østfold HF	1,74	1,68	77 020	121 504
Sørlandet sykehus HF	1,67	1,56	63 036	112 256
Vestre Viken HF	1,89	1,71	83 546	104 782

Tabell 12 Indikatorer for kostnadseffektivitet innen somatikk og psykisk helsevern (døgnopphold).

2.7.2 Effektivisering og kostnadstilpasning i forkant

Over den kommende seks-årsperioden legger Sykehuset Innlandet HF til grunn at effektivisering og kostnadstilpasning vil bidra til å løfte EBITDA-marginen fra i ca. tre prosent i 2023 til om lag fem prosent i 2028. Effektivisering og kostnadstilpasning i forkant akkumulerer seg til ca. 260 millioner kroner årlig. Denne forutsetningen er lagt til grunn både for Mjøssykehus-alternativet og for null pluss-alternativet.

Omstillingene og tilpasningene vil skje ved effektivisering, optimalisering av pasientforløp, innføring av nye behandlingsmetoder og bruk av ny teknologi. I tillegg vil arbeid med fokusområdene høykostmedikamenter, pasientreiser, redusert bruk av privat rehabilitering, ressursstyring og bemanningstilpasning. Konkretisering av tiltakene utformes i de årlige budsjettprosessene, sammen med arbeidet med fokusområdene gjennom prosjekter i divisjonene, på tvers av divisjonene og gjennom organisasjonsutviklingsprogrammet gi økonomiske effekter. Helseforetaket har p.t. ikke definert konkrete tiltak for effektivisering og kostnadstilpasning for perioden etter 2023.



Figur 1 Utvikling i EBITDA-margin (driftsresultatmargin før av- og nedskrivninger justert for salg av anleggsmidler og utsatt inntekt) for et utvalg helseforetak, basert på økonomisk langtidsplan 2023-2026

Effektivisering og kostnadstilpasning i forkant av nytt bygg er forutsatt å løfte Sykehuset Innlandet HFs EBITDA-margin, men i 2028 forutsettes driftsmarginen fortsatt å være om lag ett prosentpoeng lavere enn gjennomsnittet i Helse Sør-Øst basert på gjeldende økonomiske langtidsplaner.

Det innebærer en risiko å realisere denne effektiviseringen og kostnadstilpasningen samtidig med en stor omstillingsprosess for helseforetaket. Samtidig påpeker Sykehuset Innlandet HF at en avklaring av framtidig sykehusstruktur vil muliggjøre en konkretisering av tiltak gjennom bl.a. organisasjonsutviklingsprosessen.

2.7.3 Driftsgevinster og øvrige driftsøkonomiske effekter

Utredningen av driftsøkonomiske effekter av alternativene er gjennomført av Sykehuset Innlandet HF, og dokumentert i Driftsøkonomiske vurderinger av framtidig sykehusstruktur av 30. juni 2022.

Driftsøkonomiske effekter vil følge av i hovedsak to overordnede drivere:

- Faglig og geografisk samling og/eller desentralisering
- Bygningsmessige endringer (nybygg/oppgradering)

Driftsgevinstene er estimert ved å vurdere konsekvenser av samlokalisering og endrede bygg for spesifikke driftsområder som forventes å påvirkes av endret sykehusstruktur og/eller bygg. Effekt i kronebeløp er estimert som differansen mellom lønns- og driftskostnad framskrevet til år 2040, gitt forutsatte endringer i sykehusstruktur/bygg og lønns- og driftskostnad framskrevet til år 2040, gitt dagens struktur/bygg (baseline). Baseline tar høyde for aktivitetsframskrivingen, forutsetter en videreføring av dagens produktivitet, og viser et økt framtidig bemanningsbehov. Det bemerkes at driftsgevinster følger av en lavere økning i framtidig bemanningsbehov sammenlignet med baseline, og ikke en reduksjon fra dagens bemanningsnivå.

Estimerte nettogevinster er 370 millioner kroner for Mjøssykehus-alternativet og 25 millioner kroner for null pluss-alternativet. Begge er utredet i et 2040-perspektiv. Gevinstene forutsettes å realiseres fra ibrukttagelse og frem mot fullt gevinstuttak fra 2032.

Estimerte årlige driftsøkonomiske gevinster i 2040 (NOK i millioner)		
Hovedområde	Null pluss - alternativet	Mjøssykehus-alternativet
Klinisk personell somatikk	30	215
Kliniskpersonell psyk / TSB	5	55
Medisinsk service- og støttefunksjoner	5	30
Prehospitaltjenester og pasientreiser	0	-35
Øvrige service- og støttefunksjoner	10	75
Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)	-30	15
Andre driftseffekter	5	15
Sum estimerte nettogevinster	25	370
<i>Andel av SIHF betalbare driftskostnader B2022</i>	<i>0,28 %</i>	<i>4,16 %</i>

Tabell 13 Gevinstoversikt fra Sykehuset Innlandet HF

Klinisk personell somatikk

Utredede driftsgevinster beløper seg til 215 millioner kroner for Mjøssykehus-alternativet og 30 millioner kroner for null pluss-alternativet.

For Mjøssykehuset er 135 millioner kroner av gevinstene knyttet til reduksjon av parallelle vaktlag (45 millioner kroner), antall operasjonsteam (15 millioner kroner), antall intensivenheter (15 millioner kroner), antall akuttmottak (ti millioner kroner), antall lokalisasjoner med fødetilbud (ti millioner kroner) og samling av barne- og ungdomsmedisin (30 millioner kroner) samt rehabilitering (ti millioner kroner).

Estimatene tar utgangspunkt i dagens kostnader innen vaktberedskap og bemanning i døgnenheter, framskrevet til 2040 med utgangspunkt i dagens produktivitet. Dette er sammenlignet med framtidige vaktordninger og bemanningsbehov basert på konkrete bemanningsframskrivninger med utgangspunkt i kartlagte vaktordninger og bemanning ved andre helseforetak i regionen, herunder Vestre Viken HF, med lignende struktur som i Mjøssykehus-alternativet.

I tillegg forutsetter helseforetaket at en reduksjon i vaktbelastning vil muliggjøre økt kapasitet innen dag og poliklinikk, uten å måtte ansette tilsvarende nye årsverk. Effekten er estimert til 25 millioner kroner. Resterende driftsgevinster på 55 millioner kroner er generelle nybyggeffekter som ikke er konkretisert på dette stadiet i prosessen.

For null pluss-alternativet består driftsgevinstene innen klinisk personell somatikk i hovedsak av overføring av akutt kirurgi fra Elverum til Hamar uten vesentlig økt bemanningsbehov ved Hamar (15 millioner kroner), samt en generell nybyggeffekt (15 millioner kroner).

Klinisk personell psykisk helsevern og TSB

For psykisk helsevern og TSB innebærer Mjøssykehus-alternativet en samling av sykehusbaserte funksjoner, mens null pluss-alternativet innebærer en videreføring av dagens struktur. Divisjonen har vurdert bemanningsmessige konsekvenser av samlokalisering og mer hensiktsmessige størrelser på sengepostene i nybygg. Det er vurdert framtidig pleie-/bemanningsfaktor for enheter, potensial for effektivisering av stab og ledelse og samordning av vaktlinjer.

Medisinsk service- og støttefunksjoner

Innen medisinsk service- og støttefunksjoner drives driftsgevinstene i Mjøssykehus-alternativet av to forhold. Det ene er redusert bemanning på dagtid ved samling av dagens miljøer fra Hamar og Gjøvik, samt reduksjon fra to parallelle til én samlet vaktlinje ved Mjøssykehuset. Det andre som følge av mindre duplisering av utstyr og høyere utnyttelsesgrad av medisinsk-teknisk utstyr.

Prehospitaltjenester og pasientreiser

Innen dette området vurderer Sykehuset Innlandet HF at Mjøssykehus-alternativet vil medføre økt behov for ambulanser og syketransport (om lag 20 millioner kroner i økt driftskostnad). Videre estimerer helseforetaket en kostnadsøkning innen pasientreiser på om lag 15 millioner kroner. For null pluss-alternativet legger helseforetaket til grunn at det ikke vil være noen vesentlig endring innen dette området fra dagens situasjon.

Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)

Kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold er i stor grad drevet av areal, kostnad per kvadratmeter og intensitet i bruk. For alternativet med nytt Mjøssykehus forutsettes FDV-kostnadene å reduseres pga. et redusert totalareal for bygningsmassen. Denne effekten blir delvis oppveid av en høyere forutsatt kvadratmeterkostnad for nybygg. For null pluss-alternativet vil man ikke ha effekten av avhendet areal, og det forutsettes en kostnadsøkning.

Øvrige service- og støttefunksjoner

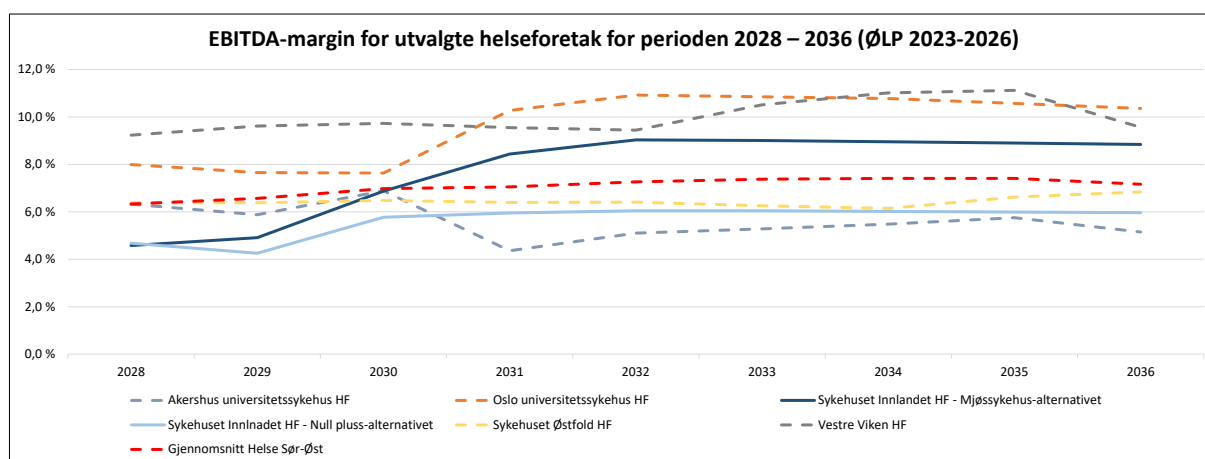
Med øvrige service- og støttefunksjoner menes stab, kjøkken/matforsyning, transport, vareforsyning og portører, servicetorg og merkantilt tilsatte. Det er estimert besparelser på om lag 75 millioner kroner for Mjøssykehus-alternativet og om lag ti millioner kroner for null pluss-alternativet. Den største effekten er knyttet til merkantilt personell og skrankefunksjon i poliklinikkene som følge av samling på ett sted i et nybygg. Videre forutsettes en reduksjon i antall postkjøkken med færre lokalisasjoner og ett stort nybygg. Sykehuset Innlandet HF har også vurdert at bemanningen på servicetorgene og i ledelse- og stabsfunksjoner vil reduseres som følge av færre lokalisasjoner i Mjøssykehus-alternativet.

Andre driftseffekter

Andre driftseffekter omfatter i hovedsak redusert leiekostnad til administrasjon- og servicesenteret i Brumunddal for Mjøssykehus-alternativet. For null pluss-alternativet er det forutsatt en reduksjon i leide arealer i Elverum da virksomhet kan flytte inn i frigjort areal ved Elverum sykehus.

2.7.4 Forutsatt framtidig driftsøkonomi

Som følge av driftsgevinstene forutsettes Sykehuset Innlandet HF sin EBITDA-margin å styrkes videre til et langsiktig nivå på om lag 9,5 prosent for Mjøssykehus-alternativet, og til om lag seks prosent for null pluss-alternativet. Dette impliserer at Sykehuset Innlandet HF vil bli ett av helseforetakene i regionen med høyest driftsmargin i Mjøssykehus-alternativet, men lavere enn planene for Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF som er de to andre helseforetakene med store pågående byggeprosjekter.



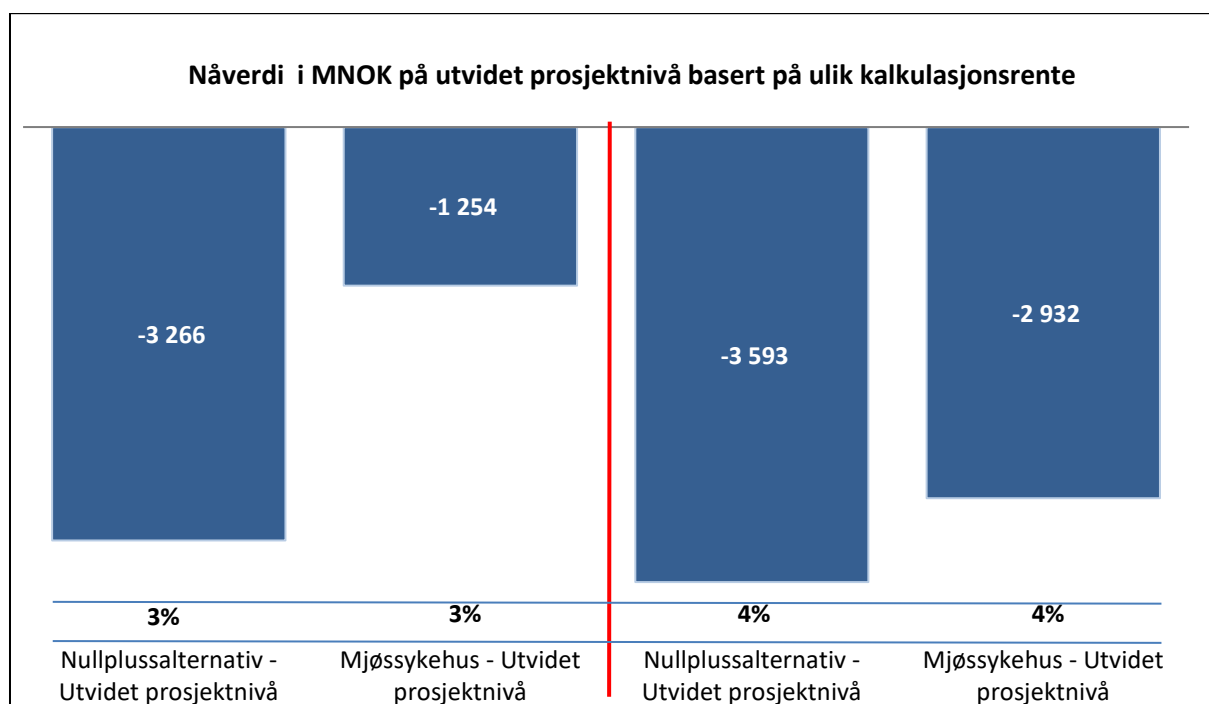
Figur 2 Budsjettert EBITDA-margin (driftsresultatmargin før av- og nedskrivninger justert for salg av anleggsmidler og utsatt inntekt) for utvalgte helseforetak for perioden 2029-2036 (ØLP 2023-2026, oppdatert for Sykehuset Innlandet HF)

Forskning på om størrelsen på sykehus påvirker effektiv drift kan indikere at en optimal størrelse ligger mellom 200 og 600 senger for et normalsykehus. I Norge vil dette tilsvare et opptaksområde på mellom 100 000 og 300 000. Mjøssykehuset er i dette intervallet. Mye av forskningen er imidlertid av eldre dato. Dagens situasjon preges av økende spesialisering, hvor det er nødvendig med et visst omfang av behandling av hensyn til kvaliteten på tilbudet, men også for at sykehuset skal kunne bære kostnadene ved avansert utstyr og et økt antall spesialiserte funksjoner og vaktlag. Fra et faglig ståsted må man vurdere sykehusets funksjoner når det gjelder behov for bredde opp mot størrelse. Det kan være riktig å etablere store sykehus for å oppnå tilstrekkelige volum innen spesialisert behandling, men også for å legge til rette for forskning og utdanning.

2.7.5 Økonomisk bæreevne på prosjektnivå

For nåverdianalysen i konseptrapporten for steg 1 er kalkulasjonsrenten satt til fire prosent. Denne kalkulasjonsrenten legger til grunn at samfunnseffekter verdsettes og inkluderes i analysen, ref. Finansdepartementets rundskriv R-109 *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser*. Gevinstutredningen utført av Sykehuset Innlandet HF fokuserer på de driftsøkonomiske effektene av prosjektalternativene. Den framstilte nåverdien gitt fire prosent kalkulasjonsrente anses derfor som en foretaksøkonomisk analyse med et høyt avkastningskrav. Det er derfor også synliggjort konsekvensen på nåverdiberegningen ved å legge til grunn en kalkulasjonsrente på tre prosent.

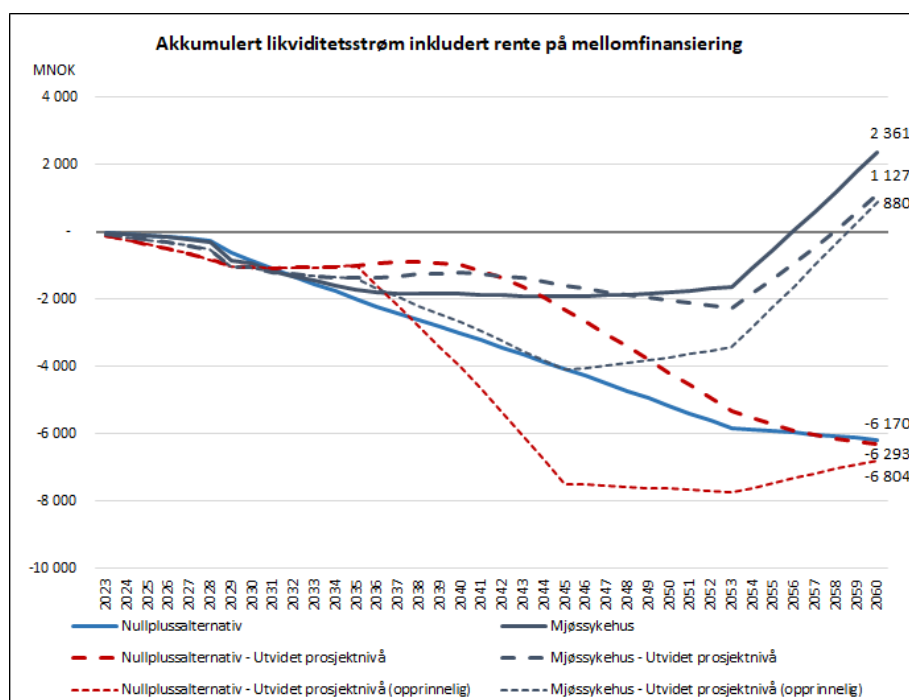
Figuren under viser nåverdianalysene på utvidet prosjektnivå ved hhv. tre prosent og fire prosent kalkulasjonsrente. Det utvidede prosjektnivået inkluderer estimerte konsekvenser for investeringer over tid i gjenværende bygg, og illustrerer effekten av de totale videreførte arealene som følger av retningsvalget.



Figur 3 Nåverdi prosjektnivå med hhv. tre prosent og fire prosent diskonteringsrente

Ved å legge til grunn en kalkulasjonsrente på fire prosent viser nåverdianalysene mindre forskjeller mellom alternativene. Ved en kalkulasjonsrente på tre prosent framstår Mjøssykehus-alternativet vesentlig bedre enn null pluss-alternativet med en forskjell i netto nåverdi på om lag to milliarder kroner. Dette er i samsvar med analysen av akkumulert likviditetsstrøm som viser en bedre langsiktig likviditetsstrøm for Mjøssykehus-alternativet. Årsaken til økt forskjell i nåverdiberegningen ved en lavere kalkulasjonsrente, er at nivået på estimerte driftsgevinster er høyere for Mjøssykehus-alternativet.

Internrenten, det vil si den kalkulasjonsrente som gir netto nåverdi lik null, er 2,4 prosent for Mjøssykehus-alternativet. For null pluss-alternativet er internrenten negativ med 1,4 prosent.



Figur 4 Oppsummering av analyser av likviditetsstrøm på prosjektnivå, ordinært prosjektnivå med heltrukket linje, oppriinnelig utvidet prosjektnivå med tynn stiplet linje og utvidet prosjektnivå med lånefinansiering med tykk stiplet linje

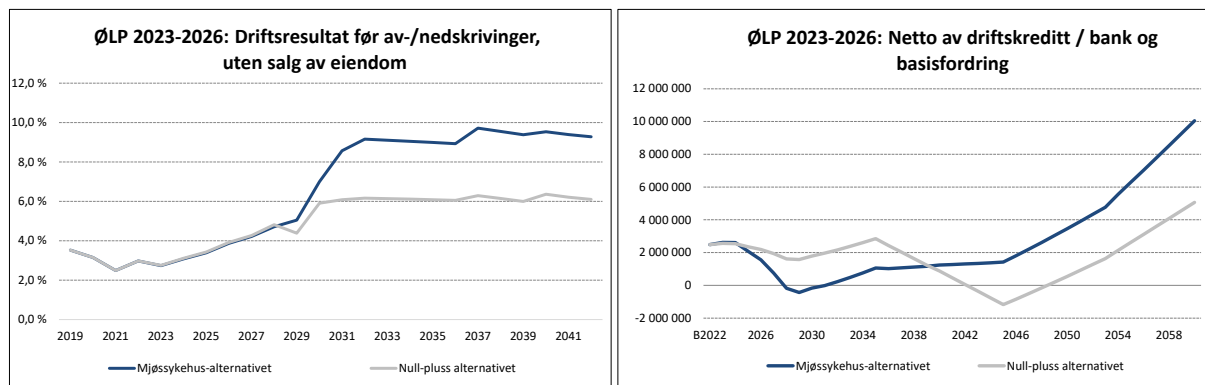
Mjøssykehus-alternativet viser en positiv akkumulert likviditetsstrøm over prosjektets definerte levetid, mens null pluss-alternativet viser en negativ akkumulert likviditetsstrøm. Investeringsanalysene viser at verken Mjøssykehus-alternativet eller null pluss-alternativet oppfyller kriteriene for økonomisk bæreevne på ordinært eller utvidet prosjektnivå.

Prosjektet har utført sensitivitetsanalyser for endringer i sentrale forutsetninger som er lagt til grunn for analysen av økonomisk bæreevne på utvidet prosjektnivå.

Sensitivitetsanalysene viser at de to alternativene har ulik risikoprofil og påvirkes i ulik grad av endringer i de sentrale forutsetningene. Mjøssykehus-alternativet er mest sensitivt for endringer i driftsgevinstene, mens null pluss-alternativ er mest sensitiv for endringer i lånerenten. Analysene viser at alternativene ikke har økonomisk bæreevne på utvidet prosjektnivå i noen av scenariene som er analysert.

2.7.6 Økonomisk bæreevne for Sykehuset Innlandet HF

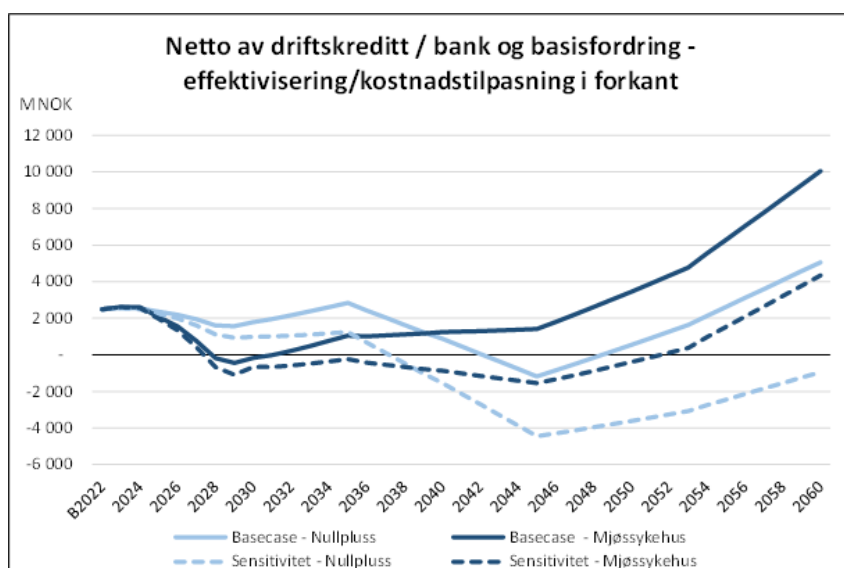
Driftseffektiviseringen som er planlagt i forkant, og de prosjektrelaterte gevinstene som forutsettes etter ferdigstillelse av byggeprosjektet, viser økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå for begge alternativer.



Figur 5 Forutsatt driftsmargin og likviditetsutvikling (økonomisk bæreevne) på helseforetaksnivå for alternativene. Reinvesteringer i gjenværende bygg er her forutsatt finansiert av Sykehuset Innlandet HF i tråd med konseptfasens mandat.

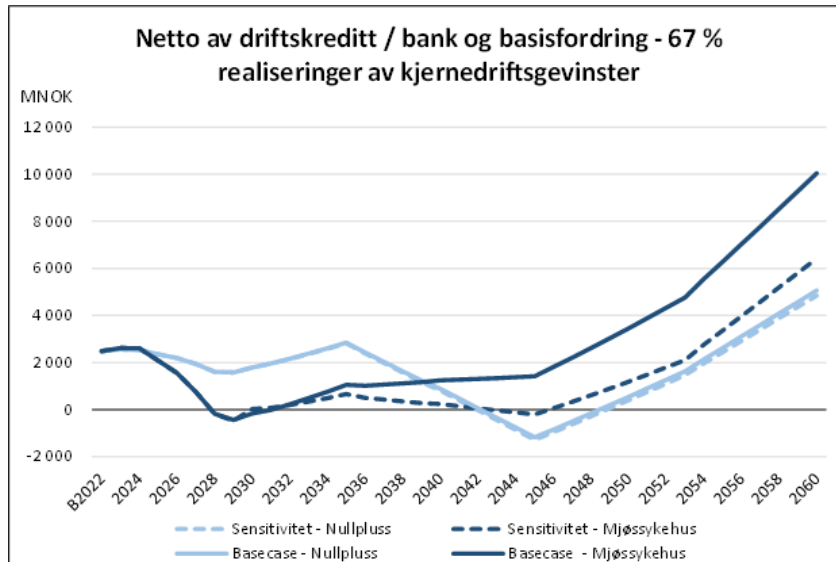
Den økonomiske bæreevnen er sensitiv for endringer i forutsetningene for byggekostnader, rentekostnader, og i særdeleshet effektivisering og kostnadstilpasning i forkant og gevinstuttak i etterkant av ibruktageelse av nybygg. Det er utført sensitivitetsanalyser for økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå for å illustrere effekten av bl.a. en lavere effektivisering i forkant og et lavere gevinstuttak i etterkant.

Sensitivitetsanalysen i figur 6 viser at dersom kun halvparten av forutsatt effektivisering og kostnadstilpasning i forkant realiseres, vil Mjøssykehus-alternativet fortsatt vise langsiktig økonomisk bæreevne, mens null pluss-alternativet da ikke vil vise en langsiktig økonomisk bæreevne. Analysen understreker viktigheten av at Sykehuset Innlandet HF realiserer en effektivisering i forkant av etableringen av ny sykehusstruktur.



Figur 6 Sensitivitetsanalyse knyttet til effektivisering og kostnadstilpasning i forkant

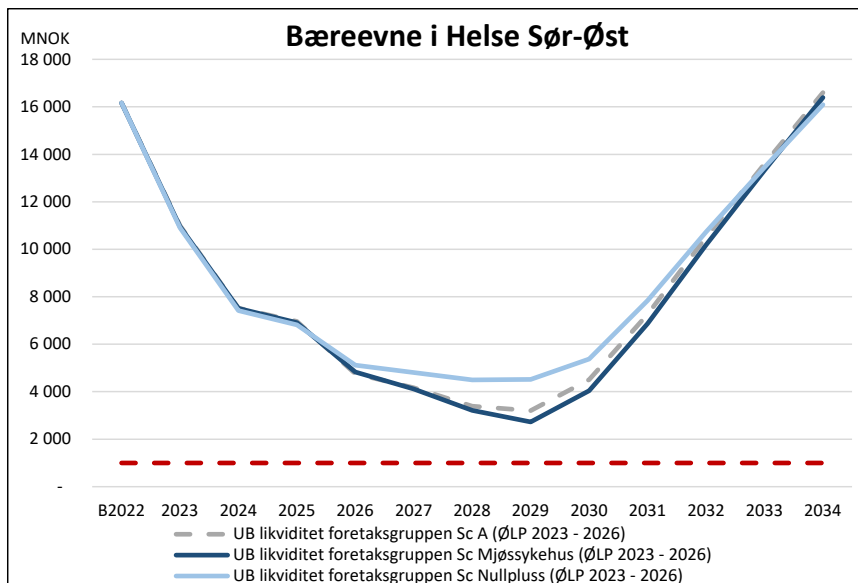
Sensitivitetsanalysen i figur 7 viser effekten på helseforetakets bæreevne dersom kun to tredjedeler av driftsgevinstene i etterkant av ibruktageelse realiseres og forblir en varig effekt ut analyseperioden. Begge alternativene viser fortsatt økonomiske bæreevne ved en nedgang i driftsgevinster på 33 prosent under de forutsetningene som er lagt til grunn. Analysen viser også at den relative forskjellen mellom alternativene blir mindre ved en lavere andel gevinstrealisering enn forutsatt. Dette forklares ved det lave nivået av driftsgevinster i null pluss-alternativet.



Figur 7 Sensitivitetsanalyse knyttet til gevinstrealisering

2.7.7 Økonomisk bæreevne foretaksgruppen

Som del av steg 1 har Sykehuset Innlandet HF oppdatert sitt innspill til økonomisk langtidsplan 2023-2026. Dersom dette innarbeides i vedtatt regional økonomisk langtidsplan, jamfør sak 068-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023-2026*, er det økonomisk bæreevne på regionalt nivå for begge strukturalternativene under de forutsetningene som er lagt til grunn. Sammenlignet med helseforetakets opprinnelige innspill til økonomisk langtidsplan 2023-2026 har investeringsestimater for Mjøssykehuset økt med om lag 1,1 milliarder kroner, i tråd med nye kostnadsestimater i konseptfasens steg 1 med økt totalareal (se over).



Figur 8 Økonomisk bæreevne på regionalt nivå med oppdaterte prosjektforutsetninger for Mjøssykehus-alternativet og null pluss-alternativet.

På regionalt nivå medfører strukturalternativene en forskjell i forventet likviditetsutvikling i perioden mot slutten av 2020-tallet. Null pluss-alternativet, som medfører en lavere investering i nybygg sammenlignet med Mjøssykehus-alternativet, medfører en høyere likviditetsbeholdning. På lengre sikt vil imidlertid den regionale likviditetsutviklingen bli positivt påvirket av det høyere nivået av driftsgevinster for Mjøssykehus-alternativet. I null pluss-alternativet vil den langsiktige likviditetsutviklingen svekkes som følge av behovet for rehabilitering av eksisterende bygningsmasse.

Den senere tids utvikling i prisbildet for innsatsfaktorer til drift og investeringer er krevende for foretaksgruppen. Tett oppfølging av driftssituasjonen samt kostnadskontroll er fokusområder for Helse Sør-Øst RHF i denne situasjonen.

2.8 Vurderingskriterier fra konseptfasens steg 1 og styringsgruppens anbefaling

I forbindelse med konseptfasens steg 1 ble det etablert et sett med vurderingskriterier for evaluering av de to alternativene. De første fem kriteriene er basert på Sykehuset Innlandet HF's effektmål. I tillegg er det lagt til kriterier for kvalitet, generalitet, fleksibilitet ved bygningsmassen, bærekraft og regional utvikling, samt økonomi.

Vurderingskriteriene er bygd opp med hovedkriterier og delkriterier, hvor hovedkriteriene er:

1. Trygge og gode tilbud
2. Gode fagmiljø
3. God tilgjengelighet
4. Organisering som underbygger gode pasientforløp
5. God ressursutnyttelse
6. Kvalitet, generalitet, fleksibilitet og elastisitet ved bygningsmassen i de to retningsvalgene
7. Bærekraft i form av ytre miljø, energibehov og CO₂ utslipp
8. Regional utvikling
9. Investering, driftseffekter og bæreevne

Kriteriesettet er ikke vektet, men styringsgruppa gjorde en helhetlig vurdering hvor kvalitet, pasientsikkerhet og økonomi ble vektlagt i den endelige anbefalingen.

Oppsummering av evalueringen av de åtte første kriteriene er vist i tabellen under:

Kriteriene	Null pluss-alternativet	Mjøssykehus-alternativet
Trygge og gode tilbud	+	++
Gode fagmiljø	+	++
God tilgjengelighet	+	++
Organisering som underbygger gode pasientforløp	+	++
God ressursutnyttelse	+	+++
Kvalitet, generalitet, fleksibilitet og elastisitet i bygg	0	+++
Bærekraft i form av ytre miljø, energibehov, og CO ₂ -utslipp	0	0
Regional utvikling	++	0

Tabell 14 Samlet karaktergivning og vurdering av evalueringskriteriene for retningsvalg

De første fem kriteriene, effektmålene, er vurdert av Sykehuset Innlandet HF. Evalueringsarbeidet ble innledet med en fagkonferanse hvor medlemmer i alle fagråd og faggrupper deltok. I prosessen identifiserte medlemmene styrker og svakheter ved de to alternativene, for hvert av de fem effektmålene. Dette ble benyttet som underlag til en utvidet avdelingssjefsamling, hvor ledere på nivå 1, 2 og 3, tillitsvalgte, vernetjeneste og Brukerutvalget var representert. På samlingen ble det gjort en vurdering av hvor godt hvert av de to retningsvalgene oppfyller de fem faglige effektmålene. Gjennom stemmegivning, diskusjon og skriftlig innspill fremkom det tydelig at flertallet betraktet Mjøssykehus-alternativet som den løsningen som best tilfredsstillte effektmålene, sammenliknet med null pluss-alternativet. Fra Brukerutvalget ble det gitt følgende skriftlige uttalelse i forbindelse med evalueringen:

«Brukerutvalget har i flere år vært engasjert og involvert i prosessen for å komme frem til en best mulig struktur for Sykehuset Innlandet HF. Vi har i alle disse årene sett at behovet for endringer har vært økende.

- *Funksjonsfordelingen gir ikke grunnlag for god pasientbehandling og gir ulikt behandlingstilbud ved ulike sykehus*
 - *Pasienter må forholde seg til flere sykehus*
 - *Oppstykkede pasientforløp for multisyke og skrøpelige eldre*
 - *Universell utforming er en betydelig mangel i den gamle og nedslitte bygningsmassen*
 - *Vanskelig å holde høy standard på medisinskteknisk utstyr*
 - *Virksomheten på 40 forskjellige lokasjoner er ikke bærekraftig*
 - *For mange pasienter må sendes til regionalt nivå for å få adekvat behandling*
- I realiteten gir ikke 0+-alternativet noen svar på de problemer som har vært årsaken til at den omfattende strukturutredningen har vært nødvendig.*

0+-alternativet vil være en ulykke for pasientene i Innlandet. Dette alternativet ville føre til at sykehusene ville fortsette sin endring mot en nedgradert standard.»

For kriterium 1, trygge og gode tilbud, er konklusjon av evalueringen at det er Mjøssykehuset som best svarer ut de prosjektutløsende behovene, og gir best mulighet for utvikling og forbedret pasientbehandling for befolkningen i Innlandet. Samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og rus både for barn og voksne på Mjøssykehuset, hvor man går fra dagens syv sykehus til fire sykehus, vil gi større og mer robuste fagmiljø, med bedre mulighet for spesialisering, kompetanse og tverrfaglighet. Et sykehus med et bredt tilbud av spesialiserte funksjoner vil gi et mer helhetlig behandlingstilbud til de sykeste pasientene og pasienter med behov for tverrfaglig kompetanse fra hele Innlandet. Med en økt samling av spesialiserte funksjoner vil det bli tydeligere for befolkningen, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og prehospitale tjenester hvor pasienter med sammensatte behov og uavklarte tilstander skal behandles.

For kriterium 2, gode fagmiljø, er evne til rekruttering et sentralt tema. Hvilket alternativ som legger best til rette for god rekruttering, har vært bredt diskutert. Med null pluss-alternativet oppnås kortere reisevei og lokal tilhørighet, mens Mjøssykehus-alternativet vil gi et sterkere fagmiljø på et moderne sykehus, med mindre belastende vaktordninger. Det er ulike oppfatninger av om fordelene ved en samling av fagmiljøer i et Mjøssykehus vil oppveie ulempene ved en lengre reisevei, særlig for ansatte med mindre spesialiserte oppgaver. Flere fagmiljøer og divisjoner i Sykehuset Innlandet HF fremhever fordeler ved en slik samling når det gjelder å beholde og rekruttere personell med spesialisert kompetanse.

Vurderingskriteriene 6, 7 og 8 ble evaluert av prosjektet/rådgivergruppen.

For kriterium 6, kvalitet, generalitet, fleksibilitet og elastisitet ved bygningsmassen, la rådgivergruppen vekt på at arealer i nybygg vil ha velfungerende løsninger tilpasset fremtidig bruk. Snittalderen på eksisterende bygningsmasse er på ca. 55 år, og gjenværende funksjonell levealder er begrenset. Selv om eksisterende bygningsmasse rehabiliteres vil det være utfordrende å oppnå gode funksjonelle løsninger i gamle bygg. Med større andel nybygg (over 50 prosent) kommer Mjøssykehus-alternativet best ut. Null pluss-alternativet vil med 45 000 kvadratmeter nybygg av totalt 285 000 kvadratmeter få en andel på ca. 15 prosent nybygg.

Kriterium 7, bærekraft i form av ytre miljø, energibehov og CO₂ utslipp, har tre underkriterier; klimagassutslipp, økologi og lokalmiljø. Klimagassberegningene omfatter transportarbeid, og bidrag fra materialforbruk ved nybygging og rehabilitering, samt energiforbruk av bygg i driftsfase. Det ble her gjort simuleringer av ulike scenarier knyttet til variasjon i sentrale parametere som bosettingsmønster, andel som benytter kollektivt transportmiddel, elbilandel, energieffektivitet, utslippsfaktorer samt materialforbruk ved rehabilitering. Mjøssykehuset har størst klimagassutslipp fra transport i driftsfase, men null pluss-alternativet har et større energiforbruk i drift fordi dette har flere kvadratmeter sammenlignet med Mjøssykehus-alternativet. Null pluss-alternativet har også større innslag av rehabiliterte arealer med lavere energieffektivitet sammenlignet med nybygg. Summen av beregningene viser at Mjøssykehus-alternativet har lavest samlet CO₂-utslipp over tid.

Null pluss-alternativet kommer imidlertid bedre ut i vurderingen av underkriterium økologi, da et nybygg på Sanderud har mindre nybyggareal enn Mjøssykehus-alternativet. Det trekker også ned at tomten på Moskogen i Moelv består av naturområde uten store tekniske inngrep og er regulert som LNF-område. For lokalmiljø og lokalsamfunn er det ikke nevneverdige forskjeller på de to alternativene. Etter en samlet vurdering rangeres alternativene likt for kriterium 7.

For kriterium 8, regional utvikling, bygger evalueringen på konklusjonene fra den oppdaterte samfunnsanalysen «*Notat Regional utvikling og rekruttering ved alternativer for sykehusstruktur i Innlandet*» (Asplan Viak 2022). Her trekkes det frem at flytting av arbeidsplasser ut av de etablerte byene i Mjøsregionen vil svekke disse byene, noe som vil ha negative konsekvenser for utviklingen i regionen. Se kapittel 2.11.

Grunnlaget for evaluering av kriterium 9, økonomi, er redegjort for i avsnittet over. Driftseffekter og bæreevne har vært vurdert grundig i samarbeid med Sykehuset Innlandet HF. Helseforetaket er pålagt store krav til effektivisering av driften i begge alternativer. Mjøspsykehus-alternativet kommer best ut når det gjelder akkumulert likviditetsstrøm, mens forskjellene er mindre målt ved nåverdier. Mjøspsykehus-alternativet forventes å gi bedre ressursutnyttelse gjennom høyere økonomiske driftsgevinster og lavere bemanningsbehov som følge av samling av funksjoner, og en større andel ny bygningsmasse. Ingen av alternativene har økonomisk bæreevne på prosjektnivå, og investeringene må bæres av et samlet helseforetak. Sensitivitetsanalysene viser at Sykehuset Innlandet HF har bæreevne til Mjøspsykehus-alternativet selv om kun 50 prosent av anslåtte driftseffektiviseringer i forkant av innflytting oppnås.

Styringsgruppen behandlet konseptrapporten 8. august 2022, og gruppens vurderinger og anbefaling er i sin helhet presentert i kapittel 2.7 i rapport fra konseptfasens steg 1. Flertallet av gruppens medlemmer støttet videreføring av Mjøspsykehus-alternativet til steg 2 av konseptfasen. Medlemmenes oppfatning er at dette alternativet vil gi pasientene i Innlandet det beste tilbudet, og svarer best ut de prosjektutløsende behovene. Mindretallet, de konserntillitsvalgte, delte ikke resten av styringsgruppens syn. Disse mente begge alternativer vil kunne utvikles til å bli gode løsninger for Innlandet.

2.9 Risiko og sårbarhetsanalyse

I juni 2022 ble det i regi av Sykehuset Innlandet HF gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. Analysen omfattet identifisering av risiko knyttet til situasjonen før og etter ferdigstilt byggeprosjekt og driftssetting. Følgende risikoer ble identifisert som de største:

- *Null pluss-alternativet:* Flere små driftsenheter vil medføre ulemper med hensyn på rasjonell drift og effektiv bruk av personell og utstyr.
- *Null pluss-alternativet:* Mangel på et «hovedsykehus» viderefører dagens situasjon med fragmentert funksjonsfordeling, der konsekvensene blant annet er oppdelte pasientforløp, økt pasienttransport og tautrekking om plassering av funksjoner.
- *Mjøspsykehuset:* Ulemper knyttet til færre spesialiteter på de mindre sykehusene. Det er særlig avstanden fra Elverum sykehus til Moelv som skaper bekymring for til evnen til å beholde en akutt indremedisinsk avdeling i Elverum.
- *Begge alternativer, størst i null pluss-alternativet:* Oppgradering av eksisterende bygningsmasse. Ombygging av svært store arealer på eksisterende sykehus i drift, noe som vil kunne gi betydelige driftsulemper over mange år og behov for midlertidig å ta ned kapasitet for å klare å gjennomføre ombyggingene.
- *Begge alternativer:* Rekruttering. Både ved full drift i ny struktur, men også i fasen frem til ny struktur er etablert.

2.10 Funksjonsdeling i Sykehuset Innlandet HF, egendekning og interne overføringer

Mjøssykehus-alternativet samler flere funksjoner på samme sted. Sykehuset Innlandet HF er i dag det helseforetaket i Helse Sør-Øst RHF med flest behandlingssteder, og mest oppsplittet funksjonsdeling. Data fra Helse Sør-Øst RHF viser at Sykehuset Innlandet HF har høyest andel pasienter som legges inn som øyeblikkelig hjelp ved et sykehus, og som må overføres til et annet sykehus i samme helseforetak under samme innleggelse (5,1 prosent). Forskjellen til øvrige helseforetak med tre eller flere sykehus er dog ikke stor (Vestre Viken HF 4,4 prosent, Sykehuset Telemark HF 4,2 prosent og Sørlandet sykehus HF 4,1 prosent).

Utfordringen for Sykehuset Innlandet HF er imidlertid mer komplisert. Som en følge av den oppdelte strukturen, vil mange behandlingsløp bli oppstykket fordi pasienten må til ulike sykehus for å få stilt riktig diagnose. Etter at diagnose er satt, kan pasienten igjen måtte reise til forskjellige sykehus for behandling. Dette er blant annet tilfellet for en stor og voksende gruppe av kreftpasienter hvor operasjon, strålebehandling og medikamentell behandling ofte foregår ved ulike sykehus. Det samme gjelder behandling av samtidig somatisk sykdom og psykiatrisk sykdom, hvor pasientene må transporteres mellom de psykiatriske sykehusene og de somatiske sykehusene for undersøkelse og behandling. I tillegg til belastningen dette påfører pasienter og pårørende, gir den spredte funksjonsfordelingen i dagens struktur fragmenterte forløp risiko for mangelfull informasjon når pasienter sendes mellom ulike lokalisasjoner, og for uønsket variasjon i kvaliteten på pasientbehandlingen.

I Mjøssykehus-alternativet er det for indremedisinske fagområder lagt opp til at pasienter med generelle og hyppige tilstander skal utredes og behandles ved lokalsykehuset. Det vil si at pasienter som tilhører opptaksområdet til Lillehammer, Tynset og Elverum, vil få sin behandling der. Det er i kapasitetsberegningene lagt til grunn at nær alle døgnpasienter innen generell indremedisin, og 90 prosent av alle døgnpasienter innen geriatri, lunge- og infeksjonssykdommer, vil kunne få sitt medisinske tilbud dekket av lokalsykehuset. Et volum på 90 prosent er basert på erfaringer fra Ringerike sykehus i Vestre Viken HF, hvor en relativ liten andel av pasientene må overflyttes til Drammen sykehus for å få behandling innen indremedisin. Innen fagområde hjertesykdommer er det forutsatt at 70 prosent av innbyggere vil kunne få sin behandling på lokalsykehuset. For pasienter fra opptaksområdet Gjøvik og Hamar vil Mjøssykehuset være lokalsykehus.

Når det gjelder kirurgiske (operative) fagområder, er det lagt opp til at akuttisykehuset på Lillehammer skal ha døgnbehandling innenfor ortopedi og gastrokirurgi for eget lokalsykehusområde, med unntak av kreftkirurgi og traumefunksjon som skal til Mjøssykehuset. I likhet med de medisinske fagområdene skal pasienter med forventet langvarig intensivbehov og/eller behov for avansert medisinsk teknisk utstyr, behandles ved Mjøssykehuset. For pasienter fra opptaksområdet Elverum, Gjøvik og Hamar vil Mjøssykehuset være lokalsykehus.

Det er videre vurdert at et fødetilbud kan lokaliseres til akuttisykehuset på Lillehammer slik at en andel av gravide kvinner som tilhører dette opptaksområdet etter seleksjon kan motta sitt fødetilbud der. For pasienter fra opptaksområdene Gjøvik, Hamar og Elverum, vil Mjøssykehuset være lokalsykehus innenfor fagområdet.

I null pluss-alternativet er det tilsvarende som for Mjøssykehuset lagt opp til at pasienter med generelle og hyppige tilstander innen indremedisinske fagområder, og som hører til Elverums opptaksområde, kan utredes og behandles ved sykehuset på Elverum. I dette alternativet vil også pasienter fra Hamars opptaksområde som har behov for planlagt utredning og behandling innenfor indremedisinske fagområder få dette på Elverum. Det er i tillegg lagt til grunn at døgnbehandling innenfor planlagt ortopedi for pasienter både fra Elverum og Hamar sitt opptaksområde skal foregå på Elverum. For øvrige fagområder vil alle innleggelser foregå på Hamar for pasienter i Elverum sitt opptaksområde.

Andelen overføringer mellom sykehusene vurderes å være størst i null pluss-alternativet, da dagens funksjonsfordeling i all hovedsak videreføres.

2.11 Oppdatert samfunnsanalyse

Asplan Viak har oppdatert samfunnsanalysen og i den sammenheng vurdert de to retningsvalgene innenfor regional utvikling. De skriver at demografisk utvikling er knyttet til attraktivitet, hvilket igjen er knyttet til sentralitet. Blant annet Perspektivmeldingen fra 2021 viser at jo mer sentral en kommune er, jo høyere er befolkningsveksten. Nedenfor siteres fra deres rapport:

«Alternativet med Mjøssykehuset ved Moelv, vil flytte arbeidsplasser ut av byene i Mjøsregionen. Gitt at det fremdeles vil være mest attraktivt å bo i og nær de større byene, er det lite trolig at fremtidens sykehusansatte vil flytte til Moelv i stor skala. Dette betyr lengere reiseveier, og det vil bli mindre attraktivt å flytte til byene. Dette svekker både hver enkelt by, spesielt de som mister mange arbeidsplasser, og Mjøsregionen som helhet. Lillehammer og Elverum vil beholde noen arbeidsplasser, og dermed svekkes mindre enn Gjøvik og Hamar som mister alle sine.

Nullpluss-alternativet, vil være omtrent som i dag. Og vi vil dermed ikke få de potensielt negative konsekvensene av å flytte arbeidsplasser ut av byen. I Hamar er Sanderud pekt på som tomt for et nytt sykehus. Jo lengere fra sentrum et nytt sykehus blir etablert, jo mer vil Hamarregionen svekkes, og et sykehus på Sanderud vil være mindre attraktivt en dagens løsning, der mange ansatte har svært kort reisevei. Samtidig er Sanderud såpass nære Hamar, at de negative effektene ikke vil bli veldig store. Hamar kan spille en svært viktig rolle i utviklingen av hele Mjøsregionen, spesielt når InterCity står ferdig med høyfrekvent og hurtig togforbindelse sørover.»

2.12 Omstilling, endring av arbeidssted og flytting

Både null pluss-alternativet og Mjøssykehus-alternativet medfører en betydelig omstilling av Sykehuset Innlandet HF, sistnevnte alternativ innebærer den største endringen. Etablering av Mjøssykehuset vil medføre at om lag 6600 personer må gjennom en omstilling, mot anslagsvis 2000 ansatte i null pluss-alternativet.

Risikoen knyttet til omstilling er derfor størst for Mjøssykehus-alternativet, og dette vil kreve et omfattende og langsiktig omstillingsarbeid for helseforetaket. Dette gjelder mange forhold, som oppbygging, samling og organisering av nye fagmiljøer, rekruttering, etablering av nye arbeidsprosesser og bruk av nytt medisinsk-teknisk utstyr. Opprettholdelse av driften på sykehus som skal legges ned, eller skal få redusert sin virksomhet, er også en

viktig side av denne prosessen, hvor utfordringer med å beholde og rekruttere personell kan bli krevende. Null pluss-alternativet berører en mindre del av organisasjonen enn Mjøssykehus-alternativet og har derfor en noe lavere risiko. Det er imidlertid også her behov for omstillinger knyttet til arbeidssted og organisasjon, i tillegg til de endringer som må til for å oppnå de anslåtte og nødvendige gevinster i denne løsningen.

For å møte omstillingene Sykehuset Innlandet HF skal igjennom, vedtok helseforetaket å etablere et organisasjonsutviklingsprogram (se sak til styret i Sykehuset Innlandet HF 076-2020 *Programskisse for organisasjonsutviklingsprogrammet*), som har som oppgave å koordinere, lede og følge opp omstillinger på vei mot den nye sykehusstrukturen.

Programmet skal blant annet:

- Utvikle overordnede pasientforløp for store diagnosegrupper
- Videreutvikle samarbeidet med kommunene og primærhelsetjenesten
- Gjennom tjenesteinnovasjon utvikle, teste og legge til rette for implementering av nye arbeidsmetoder
- Utvikle kompetanse til å ta i bruk nye arbeidsmetoder, oppgraderte arealer, ny teknologi og ny logistikk
- Utvikle organisasjons- og ledelsesmodell
- Synliggjøre innovative bygningsmessige og teknologiske løsninger
- Videreutvikle organisasjonskulturen

Arbeidet skal skje i tett samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten. Gjennom organisasjonsutviklingsprogrammet vil Sykehuset Innlandet HF sørge for en systematisk tilnærming til de nødvendige omstillingsprosessene, herunder særskilt håndtering av risiko knyttet til rekruttering og bibehold av kompetanse. Det pågår i dag aktiviteter innen utdanning, ledelse, utvikling av arbeidsprosesser og organisering, for å understøtte arbeidet med å rekruttere og beholde ansatte. Videre planlegging for omstillingen til ny struktur i Sykehuset Innlandet HF må starte så snart beslutning om ny struktur er tatt, slik at arbeidet med tilpasninger av organisasjonen er i gang i god tid før flytting til nye sykehuslokaler.

2.13 Personell – rekruttering og turnover

Evnen til å rekruttere og beholde personell er identifisert som en betydelig risiko i Sykehuset Innlandet HF. Bemanning er en utfordring i dag, og både Mjøssykehus-alternativet og null pluss-alternativet vil kunne påvirke evnen til nyrekruttering og å beholde personell. Dette gjelder også perioden fra vedtak til ferdigstilling av nytt sykehusbygg, hvor det må forventes at personell vil søke å tilpasse seg til den fremtidige strukturen.

For et sykehus vil arbeidsplassens attraktivitet omfatte blant annet gode fagmiljøer, stimulerende arbeidsoppgaver og mulighet for faglig utvikling, samt omfang av vaktbelastning utenom normalarbeidstid og forutsigbarhet knyttet til dette. På disse områdene vil det større Mjøssykehuset gi bedre muligheter inklusive til å fordele vaktbelastningen på flere ansatte. Flere ansatte gjør det enklere å opprettholde spesialiserte fagmiljøer innenfor flere fagområder, samt disponere ressurser mer effektivt slik at en oppnår en jevnere arbeidsbelastning på den enkelte ansatte. På større sykehus er det også lettere å etablere aktivitet innen forskning og faglig utvikling, noe som kan gjøre disse sykehusene mer attraktive.

I Mjøssykehus-alternativet legges det opp til den største samlingen av fagmiljøer, sammenliknet med null pluss-alternativet. Dette forventes å virke positivt på rekrutteringen av ansatte med spesialisert kompetanse. Ved å samle kliniske funksjoner i et Mjøssykehus vil Sykehuset Innlandet HF også i større grad kunne tilby helhetlige utdanningsløp innenfor flere spesialiteter enn i nåværende struktur. For ansatte med mindre spesialisert kompetanse, som går i turnus utenfor normalarbeidstid, vil størrelsen på sykehuset kunne gi en mer forutsigbar og lavere vaktbelastning.

Null pluss-alternativet vil også legge til rette for en viss grad av samling av fagmiljøer fra Elverum og Hamar i erstatningssykehuset. Dette vil styrke rekrutteringsevnen til erstatningssykehuset, men bidrar ikke til styrket rekruttering i resten av helseforetaket. Det vil i begge alternativene være behov for at ansatte arbeider på flere steder. Behovet for personell er i sum lavere i Mjøssykehus-alternativet, enn i null pluss-alternativet. Dette vil bidra positivt til rekrutteringsutfordringene.

Sykehuset Innlandet HF samarbeider med NTNU Gjøvik og Høgskolen i Innlandet Elverum om sykepleierutdanning. Utdanning av sykepleiere er en kritisk suksessfaktor for å møte den forventede etterspørsel på helsepersonell i fremtiden, og samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet HF og NTNU og Høgskolen i Innlandet er sentralt for helseforetaket. Med null pluss-alternativet videreføres sykehusene i nærhet av dagens utdanningsinstitusjoner. Sykepleierstudenter særlig fra Elverum vil få økt reisevei til Mjøssykehuset. Et stort volum av indremedisinsk og poliklinisk aktivitet vil videreføres i Elverum. Det er også i dag studenter som har praksisperioder ved sykehus lenger unna enn sitt nærmeste.

Det er delte vurderinger av hvordan personell i ulike stillinger vil vurdere arbeidsplassens attraktivitet opp mot reisetid til og fra hjemmet.

Undersøkelser i «Samfunnsanalyse sykehusstruktur Innlandet – sammenstilling» (Vista Analyse, Cowi 2020), gjengitt i vedlegg 12 i konseptrapporten (Asplan Viak 2022) og behandlet i sak 058-2021, viser at villigheten til å pendle varierer mellom ulike grupper ansatte, hvor de med mest spesialisert kompetanse har en høyere aksept for lengre reisevei til arbeidsplassen sin, enn de gruppene med mindre spesialisert arbeid.

Med dagens bosetting vil Mjøssykehuset medføre en økt pendleravstand for de ansatte på kort sikt, noe som kan påvirke rekruttering negativt. Med en struktur med flere sykehus i tilknytning til de store byene, vil null pluss-alternativet komme bedre ut, da flere av dagens ansatte vil ha kortere vei til arbeidsplassen sin enn de vil ha i Mjøssykehus-alternativet. Samfunnsanalysen (Vista Analyse, Cowi 2020) rapporterer at et flertall av befolkningen ønsker å bo i eller nær byer. Videre viser befolkningsframskrivingene i analysen at antall personer i arbeidsfør alder i Innlandet ikke forventes å øke, selv om befolkningen i Innlandet blir større. Dette kan øke rekrutteringsutfordringene ytterligere, da gapet mellom tilgjengelig arbeidskraft og behov (flere eldre) blir større. I rapporten understrekes det imidlertid at det ikke er tatt hensyn til at etableringen av ny sykehusstruktur kan medføre flytting, eller at endringer i næringsstruktur eller større utbygginger av samferdselsinfrastruktur kan påvirke rekrutteringspotensialet lokalt. Det poengteres videre at etableringen av ny sykehusstruktur med høy sannsynlighet vil påvirke befolkningsutviklingen i de berørte kommunene på sikt. Dette er særlig relevant for Mjøssykehuset, hvor det må forventes at etableringen av en ny stor arbeidsgiver vil påvirke utviklingen innen bosetting og øvrig næring i og rundt Moelv i noen grad. Det er også

planlagt utbygging av nye veganlegg mellom henholdsvis Gjøvik og Moelv (Rv 4), og Lillehammer og Moelv (E6). I tillegg har Moelv jernbaneforbindelse, og på sikt er Intercityforbindelsen som er under bygging til Hamar, vurdert forlenget til Moelv. Det må forventes at Moelv vil utvikles som kollektivknutepunkt i fremtiden, både for buss og tog.

2.14 Trinnvis utvikling og utbygging

I sak 058-2021 ble det gitt som føring at trinnvis utvikling av strukturen skal utredes. Med dette menes en utbygging av et nytt sykehus i flere byggetrinn, med innflytting etter hvert som byggetrinnene blir ferdigstilte, eller stegvis rehabilitering av eksisterende bygg. Det har også en organisatorisk dimensjon, da en trinnvis utvikling kan være en måte å unngå store omfattende og risikofylte endringer i organisasjonen over kort tid. Det kan også være en måte å oppnå mer vellykkede endringsprosesser, da det kan bli enklere å kanalisere ressurser og oppmerksomhet til de delene av organisasjonen som er under omstilling.

Trinnvis utvikling vil ha både fordeler og ulemper. Muligheten for trinnvis utbygging for valgt alternativ skal vurderes videre i steg 2 av konseptfasen. Det skal vurderes hvilke konsekvenser og risiko en byggeprosess med flere byggetrinn vil ha for blant annet organisasjonen, investeringskostnader, driftsøkonomi, økonomisk bæreevne og driftsoperative forhold.

2.15 Anbefaling av tomt

Utredning av tomt for de to alternativene har vært organisert som et delprosjekt i konseptfasearbeidet. Det har vært gjort et grundig arbeid med søk og analyse av tomtealternativer, med bred involvering av private og offentlige aktører. Styringsgruppen innstilte 14. juni 2022 følgende tomter for de to alternativene:

- Mjøsseykehus-alternativet: Moskogen (eies av Ringsaker kommune)
- Null pluss-alternativet: Sanderud (eies av Sykehuset Innlandet HF)

Det henvises til rapporten for steg 1 av konseptfasen for redegjørelse av prosess, undersøkte alternativer, evalueringskriterier og vurderinger knyttet til nedvalg av tomt.

For tomt på Sanderud ved Hamar er det kommet innspill fra Statsforvalteren i Innlandet om at en tomt som bidrar til unødig økt biltransport vil kunne gi grunnlag for statlig innsigelse. Tomten på Moskogen i Moelv ligger nær både kollektivknutepunkt og etablerte boligområder. Offentlige planmyndigheter har påpekt at nedbygging av deler av natur- og friluftsområde på Moskogen kan gi grunnlag for innsigelse også her.

Innspillene må sees i sammenheng med *Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging* av 2014, hvor føringene sier «offentlige tjenestetilbud kan lokaliseres ut fra en regional helhetsvurdering tilpasset eksisterende og planlagt senterstruktur og kollektivknutepunkter.» Det poengteres videre at dette også gjelder for «besøks- og arbeidsplassintensive statlige virksomheter». En etablering i Moelv forventes å være i tråd med retningslinjene på dette området, da Statsforvalteren i Innlandet ikke har signalisert noe annet i sine innspill. For Sanderud er det motsatt. Her har Statsforvalteren eksplisitt uttrykt at avstanden til kollektivknutepunkt og jernbane kan gi grunnlag for innsigelse.

2.16 Ekstern kvalitetssikring – KSK

I mandatet er det krav om at det skal gjennomføres en ekstern evaluering av både steg 1 og steg 2 i konseptfasen. Kvalitetssikringen for steg 1 er gjennomført av Dovre Group Consulting AS og Neo Consulting AS. Kvalitetssikringsprosessen har vært gjennomført som en følgeevaluering, med løpende evaluering av dokumentasjon etter hvert som denne har blitt utarbeidet, samt møter og dialog med prosjektorganisasjonen. Resultatet fra kvalitetssikringsarbeidet har vært notater med drøftinger og råd til prosjektet underveis, samt et mer omfattende notat som oppsummerer vurderingene fra prosessen. KSK-prosessen vil avsluttes med en endelig rapport etter steg 2.

Dovre Group og Neo Consulting vurderer dokumentasjonen fra steg 1 å ha et tilstrekkelig omfang for en B3A-beslutning, og at den holder tilfredsstillende kvalitet. Hva gjelder evalueringskriteriene poengteres viktigheten av at prosjektutløsende behov, målbilde og effektmål samsvarer med evalueringskriterier og indikatorer, samt at momenter som kommer opp i selve evalueringsprosessen må komme frem. I denne sammenheng uttrykker kvalitetssikrer at:

«Vi oppfatter at de aktuelle kriteriesett gjenspeiler det virksomhetsstrategiske grunnlaget som prosjektet bygger på, og at kriteriene er konsistent med prosjektets målhierarki.»

Kvalitetssikrer har også vurdert om alternativene er tilfredsstillende utredet, herunder hvorvidt innholdet lagt til grunn for henholdsvis Mjøssykehus- og null pluss-alternativet er i tråd med tidligere vedtak og gjeldende målbilde. Kvalitetssikrer påpeker her noe inkonsistens med tidligere utredninger, men konkluderer som følger:

«... vår vurdering at alternativene er utredet tilstrekkelig i henhold til det prosjektmandat som faktisk foreligger for konseptfasen, og at dette vil kunne gi i grunnlag for sammenligning og valg av retning for konseptfasens Steg 2.»

Kvalitetssikrer vurderer alle leveranser for steg 1 å være levert i henhold til mandat.

Kvalitetssikrer uttrykker at de estimerte driftsgevinstene for Mjøssykehus-alternativet kan fremstå som for optimistiske, særlig gevinster på 215 millioner kroner knyttet til somatisk personell. Dette basert på at Sykehuset Innlandet HF har et kostnadsnivå for somatiske tjenester i dag som er lavere enn landsgjennomsnittet. Dette er generelle betraktninger fra kvalitetssikrer basert på nøkkeltall, og kvalitetssikrer går ikke dypere inn i detaljene i de foreliggende analysene. Det anbefales at økonomiske analyser bør detaljeres ytterligere i steg 2.

Prosjektet kommenterer her at det ikke er lagt til grunn noen effektivisering av driften ved beregning av driftsgevinstene, men kun effekter som er en direkte konsekvens av prosjektet som følger av samlokalisering eller enklere drift som en følge av nye/rehabiliterede sykehusbygg. Det henvises til sensitivitetsanalyser i delrapport for økonomi. Disse dekker blant annet usikkerheten knyttet til driftsgevinster.

Hva gjelder utredningen av tomter vurderes denne å være god nok til at tomt kan besluttes. Risiko knyttet til kostnader, fremdrift og påvirkning fra eksterne forhold bør imidlertid synliggjøres. Dette vil utredes nærmere, og redegjøres for i de kommende fasene av prosjektet. Erverv av tomt vil fremmes for styret i en egen sak.

2.17 Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF ved null pluss-alternativet

Null pluss-alternativet er utredet som et referansealternativ til målbildet for Videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF i henhold til vedtak i foretaksmøte og mandatet for konseptfasen. Det er naturlig å legge til grunn at ved et valg av null pluss-alternativet vil man måtte vurdere en videreutvikling og optimalisering av strukturen både innen somatikken og for psykisk helsevern og rusbehandling. En slik videreutvikling mellom dagens Lillehammer, Gjøvik, Sanderud og Reinsvoll ville innebære en annen sykehusstruktur enn det som er vedtatt lagt til grunn for null pluss-alternativet. Ulike løsninger med to eller tre sykehus rundt Mjøsa er også tidligere utredet som en del av idéfasen og forkastet.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Utredningen av ny sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet HF har gått over mange år. Prosessen har gitt et modent beslutningsunderlag. I steg 1 av konseptfasen er null pluss-alternativet og Mjøssykehus-alternativet utredet med et innhold som vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 058-2021 *Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF* av 28. mai 2021, og bekreftet i foretaksmøtet 15. juni 2021. Det foreligger nå to fullt ut og likeverdige utredede alternativer for sammenlikning og beslutning av retningsvalg. Arbeidet har fulgt *Veileder for tidligfase i sykehusbyggprosjekter* (2017). Utredningen og analysen av tomter for de to alternativene er også gjennomført med bred kartlegging av muligheter, medvirkning fra offentlige og private interessenter, og en evaluering basert på et godt faglig kunnskapsgrunnlag.

Sykehuset Innlandet HF har i dag en struktur med mange geografiske lokalisasjoner. De utfordringene dette gir i pasientbehandling og effektiv ressursbruk, har vært prosjektutløsende faktorer sammen med behovet for å erstatte dagens sykehus på Hamar. En del pasientgrupper må i dag forholde seg til flere sykehus i sine behandlingsløp. Det er krevende å opprettholde gode fagmiljø og disponere ressurser effektivt med mange sykehus, og denne utfordringen forventes å øke fremover med økende spesialisering både blant ansatte og for medisinsk teknisk utstyr. Nye sykehusbygg vil også være bedre tilpasset moderne sykehusdrift.

Den foreslåtte funksjonsfordelingen og hovedprogrammet for Mjøssykehus-alternativet, er i tråd med målbildet for Sykehuset Innlandet HF, som bekreftet i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 8. mars 2019. Null pluss-alternativet opprettholder i hovedtrekk dagens funksjonsfordeling utenfor Hamar-Elverum-Sanderud og svarer derfor ikke ut de prosjektutløsende behovene.

Siden Helse Sør-Øst RHF godkjente oppstart av idéfase, sak 066-2014 *Sykehuset Innlandet HF – søknad om oppstart idéfase*, har utredningene foreslått et Mjøssykehus «ved Mjøsbrua» med samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk og psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som foretrukket løsning. Somatikk og psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er, eller blir nå samlokalisert i alle øvrige sykehusområder i Helse Sør-Øst i tråd med føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan. Idéfasen sammenlignet ulike en-, to- og tresykehusmodeller og konkluderte med

Mjøssykehuset som det beste alternativet med bred støtte. I 2019 ble målbildet justert i vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 005-2019 *Målbilde for videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF*, ved at man i tillegg til Mjøssykehuset med samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk samt psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, la til grunn et akuttpsykehus med akutt gastrokirurgi og ortopedi samt fødetilbud, og et elektivt sykehus. Bakgrunnen for dette var blant annet beredskapshensyn, fortsatt bruk av mer av dagens bygningsmasse og ønske om et noe mer desentralisert tilbud. Dette målbildet ble bekreftet i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 8. mars 2019.

Dette målbildet er i steg 1 av konseptfasen sammenlignet med et null pluss-alternativ for å se om det står seg som det beste retningsvalget. Konseptfaseutredningen har i en bred prosess vurdert de to alternativene opp mot ni vurderingskriterier. Selv om det ikke er enighet om alle vurderinger i rapporten, kommer Mjøssykehus-alternativet samlet sett klart best ut i sammenligningen, inklusive de faglige- og økonomiske sammenligningene.

Etablering av et nytt Mjøssykehus innebærer imidlertid en stor endring i sykehusstrukturen og en stor investering i usikre tider. Det er derfor helt sentralt å vurdere risikoen ved dette alternativet opp mot null pluss-alternativet. På tross av ulike syn på hva som er beste løsning, virker det å være bred enighet om at de største risikofaktorene er rekruttering, omstilling og økonomi.

Det er ulike syn på hva som vil veie tyngst med tanke på rekruttering, reisevei og lokal tilhørighet opp mot samling av fagmiljø i et stort sykehus med et bredt, tverrfaglig tilbud og et beregnet noe mindre behov for helsepersonell og antall personer i vakt i Mjøssykehus-alternativet. Administrerende direktør anser at det er stor risiko knyttet til rekruttering ved begge alternativer. Det er nødvendig med målrettet og langsiktig arbeid med å rekruttere og beholde ansatte.

Etablering av Mjøssykehuset innebærer å flytte hele virksomheten i fire sykehus og deler av virksomheten ved ytterligere to sykehus, samt flere mindre enheter inn i et stort, samlet sykehus. Dette innebærer en stor omstilling for mange ansatte. Fagmiljøer skal reetableres og finne nye samarbeidsformer. Denne risikoen i Mjøssykehus-alternativet vil kreve et målrettet og langsiktig arbeid i forkant med planlegging og organisasjonsutvikling. En trinnvis utvikling kan være et mulig risikoreduserende tiltak. Samtidig er det nettopp denne samlingen som mange i Sykehuset Innlandet HF over lang tid har ønsket, slik at engasjementet for å få dette til, er stort.

Mjøssykehuset vil være et stort sykehus sett opp mot dagens sykehus i Sykehuset Innlandet HF, og vil være på størrelse med det største sykehuset i øvrige helseforetak i Helse Sør-Øst. Nåværende Mjøssykehus-alternativet er noe mindre enn det tidligere forslaget uten ett ekstra akuttpsykehus og et elektivt sykehus ville vært. Den medisinske utviklingen preges av økende spesialisering som krever et visst omfang av pasientbehandling. Samling i et større sykehus er også viktig for at sykehuset skal kunne bære kostnadene ved avansert utstyr og et økt antall spesialiserte funksjoner og vaktlag. Denne samlingen er også det direkte svaret på det prosjektutløsende behovet.

Driftseffektiviseringen og kostnadstilpasning som er lagt til grunn i forkant av innflytting, gir sammen med de prosjektavhengige driftsgevinstene etter innflytting i nye bygg, økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå for begge alternativer. Den langsiktige

Økonomiske bæreevnen vurderes å være klart sterkere for Mjøssykehus-alternativet, primært drevet av nivået av driftsgevinster. Dette alternativet krever imidlertid en større, tidlig investering og forutsetter langt større driftsgevinster etter innflytting enn null pluss-alternativet med de risikoer dette innebærer. Det er risiko knyttet til gevinstrealiseringen, noe også ekstern kvalitetssikrer påpeker. Sensitivitetsanalyser viser fortsatt økonomisk bæreevne for helseforetaket dersom 1/3 av driftsgevinstene etter innflytting for Mjøssykehus-alternativet ikke realiseres. Økonomianalysene viser at effektiviseringen og kostnadstilpasningen i forkant er vesentlig for helseforetakets økonomiske bæreevne. Det er viktig å presisere at denne planlagte effektiviseringen i forkant (økende til 260 millioner kroner per år), som er på størrelse med beregnede driftsgevinster etter innflytting i Mjøssykehus-alternativet (370 millioner kroner per år), er den samme for null pluss-alternativet. Det er ingen tvil om at etablering av Mjøssykehuset vil bli økonomisk krevende, men konseptrapporten viser etter administrerende direktørs vurdering at null pluss-alternativet vil være minst like økonomisk krevende for Sykehuset Innlandet HF. Det er denne sammenligningen av de økonomiske konsekvensene av de to alternativene som må vektlegges i retningsvalget.

For at ny struktur skal være økonomisk bærekraftig, er det sentralt at man lykkes med å oppnå de gevinster som Sykehuset Innlandet HF beskriver som en del av konseptutredningen. Det samme gjelder effektivisering i perioden fram til flytting, som forutsatt i økonomisk langtidsplan.

Administrerende direktør vurderer at begge de utrede alternativene vil kunne gi et godt tilbud til Innlandets befolkning. Null pluss-alternativet vil kunne gi et godt tilbud til befolkningen i området rundt Hamar og Elverum, men i prinsippet ikke bedre tilbudet for det øvrige opptaksområdet. Det er naturlig å se for seg at valg av null pluss-alternativet derfor ville måtte innebære et behov for å utrede struktur og samarbeid mellom Lillehammer, Gjøvik, Reinsvoll og Sanderud videre. Dette har ikke vært en del av mandatet for konseptfasen, og ville være en annen sykehusmodell enn det styret i Helse Sør-Øst vedtok i sak 058-2021 *Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF* av 28. mai 2021, og som ble bekreftet i foretaksmøtet 15. juni 2021.

Mjøssykehus-alternativet medfører drift ved fire sykehus i Innlandet, det vil si like mange som i Vestre Viken HF som er det helseforetaket som ellers har flest sykehus i Helse Sør-Øst. Innlandet er geografisk stort. Derfor er vektlegging av desentraliserte tjenester med videreutvikling av lokalmedisinske sentre og gode prehospitaltjenester svært viktig. Langt de fleste oppmøtene vil skje lokalt, men når det er behov for et avansert og bredt tverrfaglig tilbud, vil Mjøssykehuset kunne tilby dette.

Selv om det har kommet tydelig frem underveis i konseptfasen at det er ulike meninger innad i Sykehuset Innlandet HF om hva som er beste alternativ, har styret for Sykehuset Innlandet HF konkludert med en støtte til Mjøssykehuset. Brukerutvalgene i Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF angir også entydig støtte til Mjøssykehuset.

Administrerende direktør mener at etableringen av et Mjøssykehus, med tilhørende struktur, er det alternativet som best svarer på de prosjektutløsende behovene, og som kommer best ut i en sammenligning med null pluss-alternativet. Administrerende direktør vil derfor anbefale at Mjøssykehus-alternativet, med tomt på Moskogen i Moelv, og tilhørende hovedprogram, legges til grunn for videre utvikling i steg 2 av konseptfasen.

Foreliggende investeringsestimater for Mjøssykehuset er vesentlig høyere enn prosjektets planleggingsramme. Det er dette høyere investeringsestimater som er lagt til grunn i vurderingene av økonomisk bæreevne. Administrerende direktør tilrår likevel at det arbeides for å redusere kostnader og ivareta kostnadseffektivitet i løsninger og prosjektgjennomføring.

Etablering av et nytt stort Mjøssykehus medfører samling av funksjoner som i dag er lokalisert på seks ulike sykehus. Administrerende direktør mener at omstillings- og utviklingsprosessene i organisasjonen må igjennom, medfører risiko. Tiltak for å redusere risiko må iverksettes. Det skal i steg to av konseptfasen blant annet vurderes om trinnvis utbygging er et egnet tiltak for å redusere risikoen ved omstillingen.

Utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde medarbeidere vil være en risiko forut for og etter endring i struktur. For å møte dette mener administrerende direktør at Sykehuset Innlandet HF må utarbeide en plan for å styrke rekrutteringen og å gjennomføre de fremtidige endringene i organisasjonen. Fagområder og funksjoner som kan og bør samles anbefales, så langt det er mulig, å samles i forkant av en framtidig innflytting i et nytt bygg.

Sykehuset Innlandet HF har lagt til grunn en stor økonomisk forbedring som følge av planene for Mjøssykehuset. Økonomianalysene viser at effektiviseringen og kostnadstilpasningen i forkant også er vesentlige for helseforetakets økonomiske bæreevne. Administrerende direktør mener det må forutsettes at Sykehuset Innlandet HF arbeider videre med tiltak som konkretiserer kostnadstilpasningen i forkant av og gevinstuttak i etterkant av innflytting, som lagt til grunn i vurderingene av økonomisk bæreevne.

I henhold til sak 3.7.4 i protokoll fra foretaksmøte 10. januar 2022, anbefaler administrerende direktør at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Trykte vedlegg:

1. [Rapport konseptfase steg 1, beslutning B3A, Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF versjon 1.1 12. august 2022](#)
2. [Sykehuset Innlandet HF, Sak 060-2022 Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – Konseptfasen steg 1 den 25. august 2022](#)
3. [Sykehuset Innlandet HF, Foreløpig protokoll fra styremøte 25. august 2022](#)
4. [Brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF, Foreløpig protokoll, møte 31. august 2022](#)
5. [Brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF, Uttalelse til styresak videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF, 1. september 2022](#)

Utrykte vedlegg: 16

- [Vedlegg til Rapport konseptfase steg 1, beslutning B3A, Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF versjon 1.1 15. august 2022](#)
 - [Vedlegg 1: Hovedprogram av 1. august 2022 \(Utrykte vedlegg: Del 3 utstyr, Del 4 Overordnet IKT-konsept, Del 6 Logistikk og servicefunksjoner\)](#)
 - [Vedlegg 2: Framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning av 4. juli 2022](#)
 - [Vedlegg 3: Rapport Mulighetsstudie steg 1 av 1. august 2022](#)
 - [Vedlegg 4: Miljøprogram etter steg 1 av 30. juni 2022](#)
 - [Vedlegg 5: Tomteanalyse Del 2 av 7. juni 2022](#)
 - [Vedlegg 6: Driftsøkonomiske vurderinger av framtidig sykehusstruktur av 30. juni 2022](#)
 - [Vedlegg 7: Økonomiske analyser av 29. juli 2022](#)
 - [Vedlegg 8: Investeringsbehov for eksisterende bygningsmasse av 1. juli 2022](#)
 - [Vedlegg 9: Rekruttere og beholde. Effektmål «gode fagmiljøer»](#)
 - [Vedlegg 10: Notat – H4, evalueringskriterie nr 6: kvalitet, generalitet, fleksibilitet, elastisitet](#)
 - [Vedlegg 11: Retningsvalg: 0+ / Mjøs. miljøkriterier og tilhørende vurderinger](#)
 - [Vedlegg 12: Regional utvikling og rekruttering versjon 03 datert 22. juni 2022](#)
 - [Vedlegg 13: Transportanalyse – lokalisering av sykehus på Innlandet versjon 04 datert 30. juni 2022](#)
 - [Vedlegg 14: Risikovurdering av virksomheten før og etter idriftsetting av investeringstiltakene av 8. juli 2022](#)
 - [Vedlegg 15: Ekstern kvalitetssikrers vurdering av konseptfasens steg 1](#)
 - [Vedlegg 16: Evaluering retningsvalg SIHF](#)