

## Saksframlegg

**Saksgang:**

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	31. januar 2019

**SAK NR 005-2019**

**MÅLBILDE FOR VIDEREUTVIKLINGEN AV SYKEHUSET INNLANDET HF**

***Forslag til vedtak:***

1. Styret gir sin tilslutning til et fremtidig målbilde for Sykehuset Innlandet HF slik det fremgår av saksfremstillingen. Dette innebærer en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttsykehus, Mjøssykehuset, et akuttsykehus på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av et akuttsykehus og et elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Prehospitaltjenester og lokalmedisinske sentra skal videreutvikles.
2. Styret understreker at den fremtidige sykehusstrukturen i Innlandet må ivareta en balanse mellom østlige og vestlige deler av sykehusområdet. Videre skal gjenbruk av eksisterende investeringer og økonomisk bærekraft vektlegges. Muligheter for trinnsvis utvikling skal belyses.
3. Styret ber administrerende direktør konkretisere det fremtidige virksomhetsinnholdet internt i Sykehuset Innlandet HF.
4. Styret forutsetter at alle spesialiserte funksjoner innen somatikk, somatisk virksomhet fra to av dagens sykehus, og sykehusbaserte tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngår i utredningen av virksomhetsinnholdet i et nytt Mjøssykehus ved Mjøsbrua.
5. Det skal utarbeides et mandat for det videre arbeidet med virksomhetsinnhold og tilhørende lokalisering. Resultatet av dette arbeidet skal presenteres for styret senest første halvår 2020.
6. Styret forutsetter at Sykehuset Innlandet HF etablerer bærekraft på helseforetaksnivå. Dette vil være avgjørende for den videre utviklingen av helseforetaket. 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.

7. Konseptfase skal starte i 2021, forutsatt at den økonomiske situasjonen for Sykehuset Innlandet HF er slik at det kan etableres økonomisk bærekraft på helseforetaksnivå for byggeplanene. Planleggingsrammen er 8,65 milliarder kroner (2018-kroner).
8. Målbildet for Sykehuset Innlandet HF innebærer en vesentlig endring av sykehusstrukturen i Innlandet. Styret ber derfor om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.

Hamar, 24. januar 2019

Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Denne saken presenterer forslag til et målbilde for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF og en konkretisering av aktiviteter som skal skje frem til oppstart av en konseptfase.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

### 2.1 Bakgrunn

Idéfaseutredningen for en framtidig sykehusstruktur i Innlandet sykehusområde er gjennomført av Sykehuset Innlandet HF og ble avsluttet høsten 2017. Idéfaserapporten ble lagt frem for styret i Sykehuset Innlandet HF i sak 077-2016, og styret vedtok å sende rapporten på høring. Høringsuttalelsene ble lagt frem til orientering for styret i Sykehuset Innlandet HF i styresak 055-2017. Styret i Sykehuset Innlandet HF ga i styresak 079-2017 sin tilslutning til et framtidig målbilde for Sykehuset Innlandet HF med følgende vedtak:

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

*Alternativene skal vurderes for trinnvis og sammenhengende utbygging.*

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

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

Sykehuset Innlandet HF oversendte idéfaserapporten til Helse Sør-Øst RHF for behandling 24. november 2017. Etter dette har styret i Sykehuset Innlandet HF blant annet behandlet «Utviklingsplan for Sykehuset Innlandet» (sak 036-2018), «Virksomhetsstrategi 2019-2022 og økonomisk langtidsplan for Sykehuset Innlandet 2019-2022» (sak 046-2018) og «Utvikling av det desentraliserte helsetjenestetilbudet» (styresak 056-2018). Saksframlegget vil legge til grunn relevant informasjon også fra disse sakene.

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF orienterte i styremøtet 26. april 2018 (sak 045-2018) om at det var nedsatt en felles arbeidsgruppe, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, med representanter fra Sykehuset Innlandet HF og det regionale helseforetaket. Arbeidsgruppen fikk i oppgave å gi administrerende direktør et beslutningsgrunnlag for å kunne vurdere idéfaseutredningen fra Sykehuset Innlandet HF.

Det ble i styresak 117-2018 i Helse Sør-Øst RHF gitt en redegjørelse for idéfaserapporten fra Sykehuset Innlandet HF og en orientering om arbeidsgruppens arbeid. Foreløpig protokoll fra styremøtet 13. desember 2018 i Helse Sør-Øst RHF inneholder følgende vedtak i sak 117-2018:

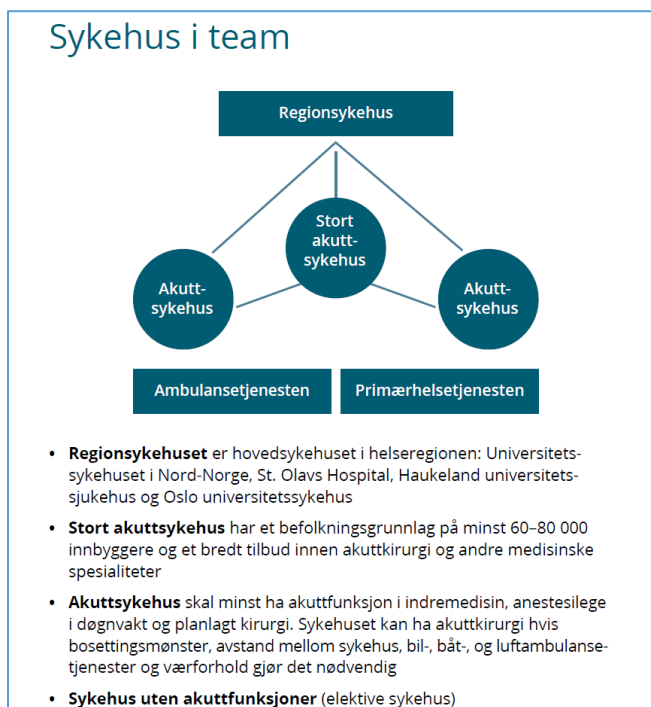
1. *Styret tar redegjørelsen om idéfaserapporten fra Sykehuset Innlandet HF til orientering.*
2. *Styret ber om at det fremlegges en beslutningssak i januar 2019 med forslag til et målbilde for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF og en konkretisering av aktiviteter som skal skje frem til oppstart av en konseptfase.*

Styret ga følgende kommentarer til saken:

- *Styret ga sin tilslutning til saken og ba om at det legges vekt på å ivareta vårt «sørge for»-ansvar for hele Innlandet.*
- *Styret er enig i at det er nødvendig å samle de spesialiserte funksjonene og at det er behov for nybygg. Den fremtidige sykehusstrukturen i Innlandet må ivareta nødvendig balanse mellom de østlige og vestlige deler av Innlandet.*
- *Videre pekte styret på behovet for vurderinger av økonomisk bærekraft i en fremtidig sykehusstruktur.*

## 2.2 Nasjonal helse- og sykehusplan

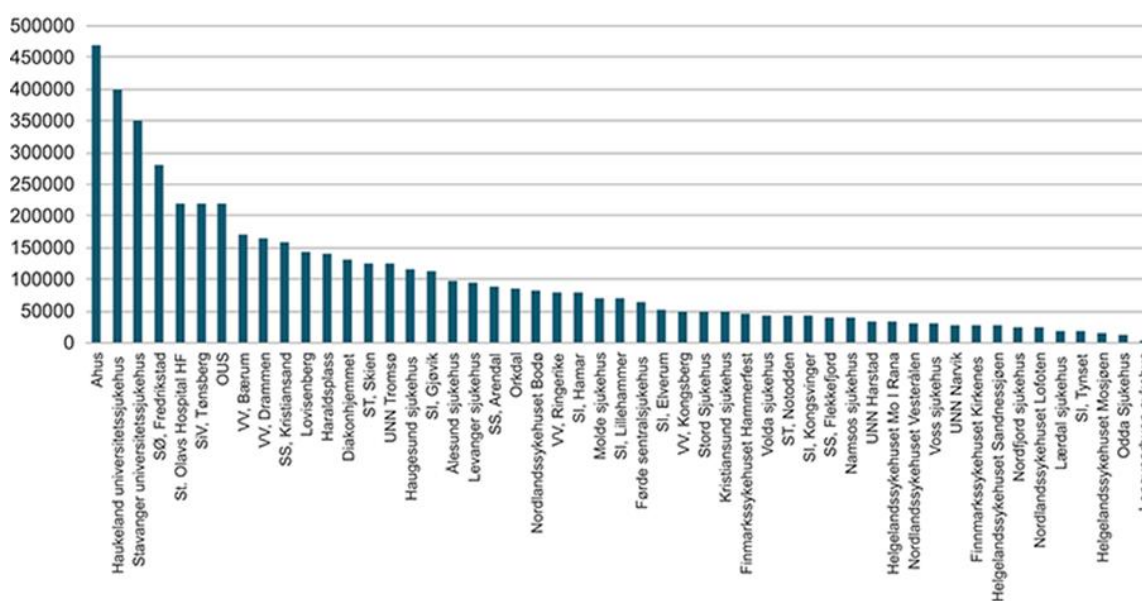
Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. 11 (2015-2016)) definerer ulike typer sykehus og bruker begrepet «sykehus i nettverk» / «sykehus i team». Dette innebærer at ulike typer sykehus kan ha ulike typer funksjoner og at sykehusene løser oppgaver sammen ved å dele kompetanse.



Figur 1: Definisjoner av type sykehus, Nasjonal helse- og sykehusplan, kortversjon (Publikasjonskode: I-1167 B)

I henhold til nasjonal helse- og sykehusplan defineres et stort akutt sykehus som et sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akuttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter (figur 1). Akutt sykehus brukes om sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Et akutt sykehus kan ha akutt kirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig. Betegnelsen sykehus uten akuttfunksjoner brukes om sykehus med planlagt behandling som ikke har akuttfunksjoner.

Nasjonal helse- og sykehusplan viser også hvordan opptaksområdene varierer for sykehusene i Norge (figur 2).



Figur 2: Befolkningsgrunnlag somatiske akutt sykehus 2015, Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2015–2016))

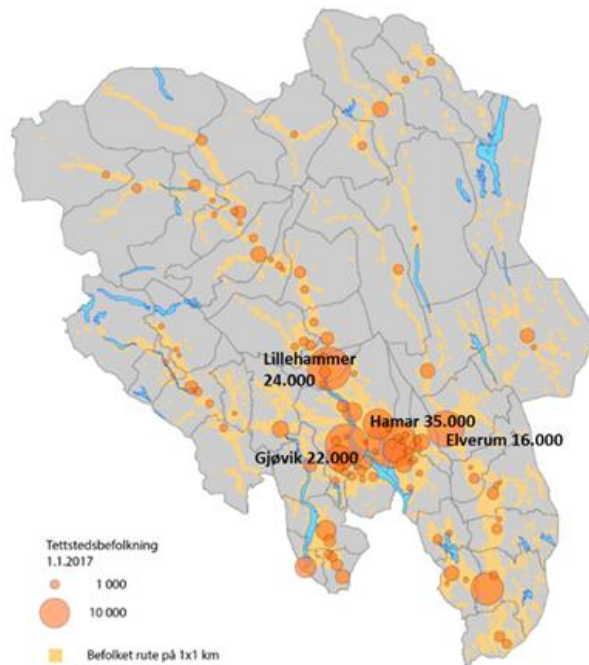
### 2.3 Beskrivelse av helseforetaket og opptaksområdet

Sykehuset Innlandet HF driver virksomhet på 40 steder i Hedmark og Oppland. Ut fra definisjonene i Nasjonal helse- og sykehusplan består Sykehuset Innlandet HF av tre store akutt sykehus (Lillehammer, Gjøvik og Hamar) og to akutt sykehus (Tynset og Elverum) når Kongsvinger sykehus fra 1. februar 2019 blir en del av Akershus universitetssykehus HF. I tillegg har Sykehuset Innlandet HF to psykiatriske sykehus (Sanderud psykiatriske sykehus og Reinsvoll psykiatriske sykehus) som yter spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Etter overføring av Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus HF i 2019, vil antall ansatte i Sykehuset Innlandet HF være om lag 9 200 (6 700 årsverk). Sykehuset Innlandet HF budsjetterer i 2019 med en omsetning på om lag 7,6 milliarder kroner. Eiendomsmassen utgjør om lag 340 000 m<sup>2</sup>.

Fra 1. februar 2019 vil opptaksområdet til Sykehuset Innlandet HF bestå av 42 kommuner (17 i Hedmark og 25 i Oppland). Opptaksområdet har i 2018 en befolkning på om lag 345 000, eksklusiv befolkningen i opptaksområdet for Kongsvinger sykehus. I tillegg ivaretar Tynset sykehus spesialisthelsetjenester til 8000 innbyggerne i Røros og Holtålen, etter avtale med Helse Midt-Norge RHF.

Av befolkningsgrunnlaget på 345 000 bor omtrent 45% i Hedmark fylke og 55% i Oppland fylke. De to fylkene er vedtatt slått sammen til Innlandet fylke fra 1. januar 2020. Om lag 50 prosent av befolkningen bor innenfor relativt korte avstander i Mjøsregionen (figur 3).



Figur 3. Bosatte innenfor en radius på 5 km i lufelinje fra dagens sykehus Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Befolkningsframskrivningen fra Statistisk sentralbyrå i juni 2018 (MMMM-alternativet) viser en vekst i Innlandet sykehusområde på om lag 9 prosent mot år 2040 til ca 377 000 innbyggere. Befolkningen i opptaksområdet vil preges av at andel eldre over 70 år vokser. I om lag halvparten av kommunene er det forventet en befolkningsnedgang. Befolkningsveksten skjer hovedsakelig i Mjøsområdet og i byene.

Sykehuset Innlandet HF, Tynset sykehus vil i 2040 være akuttsykehus for ca. 24 000 innbyggere i Fjellregionen. Innlandet sykehusområde kan inndeles i ulike områder, jf. tabell 1 under som viser framskrevet antall innbyggere per 2040.

Område	Kommuner	Befolkning
Tynset (Fjellregionen)	Alvdal, Folldal, Os, Rendalen, Tolga og Tynset. Holtålen og Røros fra Sør-Trøndelag	23 573
Elverum (Sør-Østerdal)	Elverum, Engerdal, Stor- Elvdal , Trysil, Våler, Åmot og Åsnes	49 950
Hamarregionen	Hamar, Løten, Ringsaker og Stange	106 257
Gjøvik regionen	Gjøvik, Nordre land, Søndre Land, Vestre Toten og Østre Toten	78 110
Hadeland	Gran og Lunner	26 179
Valdres	Etnedal, Nord Aurdal, Sør Aurdal, Vang, Vestre Slidre og Østre Slidre	17 935
Lillehammerregionen	Gausdal, Lillehammer og Øyer	43 760
Midt-Gudbrandsdal	Nord Fron, Ringebu og Sør Fron	13 287
Nord-Gudbrandsdal	Dovre, Lesja, Lom, Sel, Sjøk og Vågå	17 748
<b>(SSB MMMM)</b>		<b>376 799</b>

Tabell 1: Befolkningsgrunnlag fremskrevet til 2040. Kilde Statistisk sentralbyrå.



Opptaksområdene for dagens somatiske akuttsykehus i Sykehuset Innlandet HF fremkommer av figur 4 under. Mellom de geografiske ytterpunktene i sykehusområdet er det nærmere 300 kilometer.



Figur 4. Opptaksområder for Sykehusområdet Innlandet. Kilde: Idefaserapport, Sykehuset Innlandet, 2016.

Det er store reiseavstander til sykehus i regionen i dag (figur 5). Fra for eksempel Lom i Oppland er det nærmere to og en halv times reise til Lillehammer sykehus.

Fra Gran på Hadeland er det 45 minutter til Gjøvik sykehus. Samtidig reiser man fra Gran til Akershus universitetssykehus HF på 60 minutter og til Vestre Viken HF, Ringerike sykehus på 40 minutter.

Fra Hamar reiser man til Akershus universitetssykehus HF på knappe 90 minutter. Dette medfører at pasienter i Innlandet sykehusområde i noen grad benytter seg av tjenester i omkringliggende sykehusområder. Egendekningen i sykehusområdet var i 2017 på 84 prosent.



Figur 5. Områdekart, Sykehusområdet Innlandet. Kilde: Idefaserapport, Sykehuset Innlandet, 2016.

## 2.4 Virksomhetsvurderinger

### 2.4.1 Dagens situasjon

Somatisk sykehusdrift er i Sykehuset Innlandet HF i dag spredt på 6 sykehus (5 fra 1. februar 2019). Det er ulik profil på alle sykehusene med mange dublerede funksjoner på to eller flere sykehus.

Funksjonsfordelingen mellom de somatiske sykehusene i Sykehuset Innlandet HF innebærer at ingen av sykehusene kan gi et komplett tilbud med tverrfaglig diagnostikk og behandling. Resultatet er at pasientforløpene i Sykehuset Innlandet HF blir stykket opp og pasienter må transporteres mellom ulike sykehus for å få utført undersøkelser og behandling.

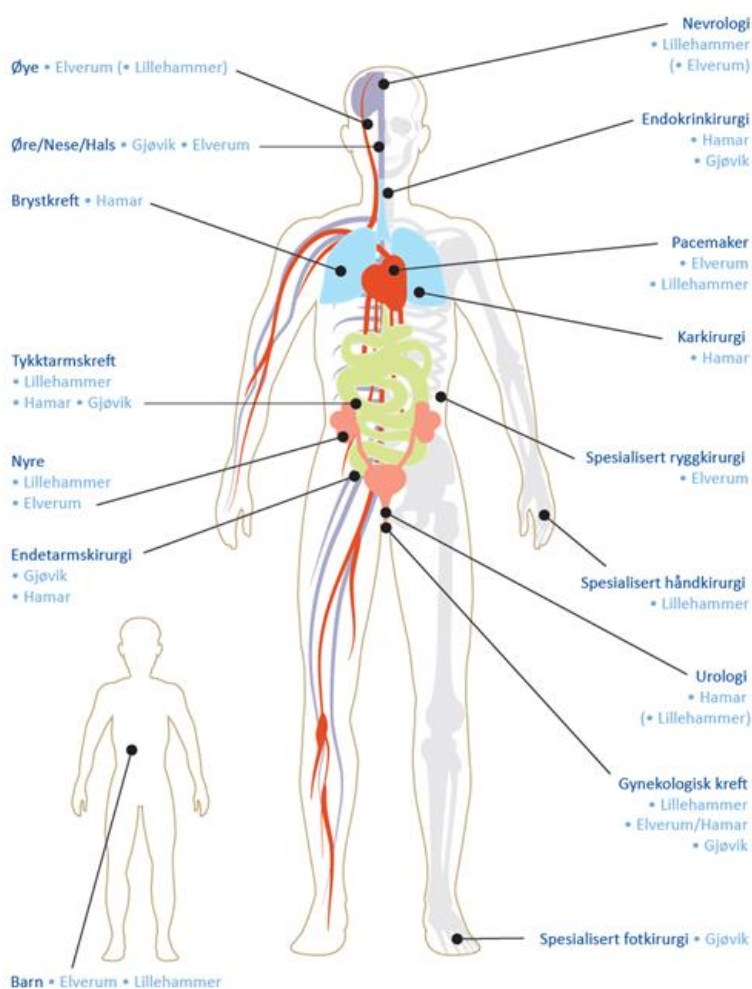
Hamar sykehus har eksempelvis gastrokirurgi, karkirurgi, urologi og bryst-endokrin kirurgi, men har ikke ortopedi og nevrologi. Nevrologi finnes ved Lillehammer sykehus og Elverum sykehus (poliklinikk), og begge disse sykehusene har også ortopedi. Innenfor ortopedi har Lillehammer sykehus spesialfunksjoner innen håndkirurgi, Gjøvik sykehus innen fotkirurgi og Elverum sykehus innen ryggkirurgi. Pasientforløpet for kvinner med brystkreft illustrerer også oppdelte pasientforløp. Denne pasientgruppen må minst innom 3 sykehus for diagnostikk og behandling. Brystdiagnostisk senter finnes på Lillehammer sykehus og Hamar sykehus, bryst-endokrinkirurgien finnes ved Hamar sykehus, nukleærmedisin ligger på Elverum sykehus og stråleterapi gis ved Gjøvik sykehus.



Figur 6 viser eksempler på noen fagområder og funksjoner og hvordan de er fordelt mellom de somatiske sykehusene i Sykehuset Innlandet HF.

Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det dublerede funksjoner ved Sanderud psykiatriske sykehus og Reinsvoll psykiatriske sykehus. Det er akuttavdeling ved begge steder og det er uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelsen.

Tjenestetilbudene innen psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk er i dag adskilt både faglig og fysisk.



Figur 6. Funksjonsfordelingen i Sykehusområdet Innlandet

#### 2.4.2 Utfordringer med dagens organisering

Innlandet står ovenfor en spesiell utfordring med en relativt liten økning i folketallet på 9 prosent fram mot 2040. Andelen av befolkningen over 70 år stiger betydelig i perioden frem til 2040. Sykehuset Innlandet HF viser i sin utviklingsplan til at økningen i de eldste aldersgruppene er på omlag 70 prosent.

Endringene i alderssammensetningen vil bidra til at flere vil ha kroniske og sammensatte sykdomsbilder. Befolkningen får stadig bedre kunnskap om egen sykdom og behandlingstilbud, og vil dermed stille større krav til tilgjengelighet og medvirkning.

De demografiske, epidemiologiske, faglige og teknologiske trendene forutsetter en strukturell, faglig og bygningsmessig endring for å oppnå gode pasientforløp. En dreining fra nåværende struktur til organisering som ivaretar gode og helhetlige pasientforløp vil fremmer en arbeidsform som er pasientsentrert og tverrfaglig.

Sykehuset Innlandet HF har mange små og sårbare fagmiljøer som er spredt over mange lokalisasjoner og tilbudet til pasientene varierer ut fra hvilket sykehus pasienten kommer til og når på døgnet pasienten tas imot. Sykehuset Innlandet HF har historisk funksjonsfordelt tjenester på ulike lokalisasjoner og dette har ikke gitt helhetlige pasientforløp. Det er av denne grunn behov for en større grad av samling av fagmiljøer og funksjoner for å understøtte helhetlige pasientforløp og utviklingen av morgendagens spesialisthelsetjeneste. En større samling av spesialiserte funksjoner kan også tilrettelegge for økt utnyttelse av teknologiske løsninger i pasientbehandlingen. Pasientforløp strekker seg fra hjem til hjem og på tvers av behandlingsnivåer i og utenfor helseforetaket. Synergier som oppstår når forskning og utdanning knyttes tettere opp mot klinisk virksomhet, vil understøtte den ønskede utviklingen.

Det er videre behov for større grad av samlokalisering av somatiske tjenester med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette er i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan og vil imøtekomme pasientenes behov for sammensatte tjenester. Det vil gi faglige synergier med en tettere integrasjon mellom de somatiske fagene og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Helt siden Folkehelseinstituttet i 2011 startet å publisere indikatorer for 30-dagers overlevelse etter førstegangs hjerteinfarkt, hjerneslag, hoftebrudd og totaloverlevelse, har Sykehuset Innlandet HF hatt negative avvik på flere indikatorer. Tallene for siste måling (2016) viser at Sykehuset Innlandet HF har dårligere 30-dagers overlevelse etter hjerneslag og hoftebrudd, samt dårlige totaloverlevelse, enn landsgjennomsnittet. Institusjonsrapportene for de ulike enhetene viser at helseforetaket har stor variasjon i overlevelse mellom enhetene. Kvalitet og pasientsikkerhet må være førende for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF.

#### *2.4.3 Videreutvikling av lokalmedisinske sentra og prehospitaltjenester*

Med økende forventet levetid og bedre overlevelse av aldersrelaterte sykdommer, vil pasientpopulasjon preges av flere eldre med flere sykdommer. Dette stiller særlige krav til Sykehuset Innlandet HF som har en betydelig høyere andel eldre enn landsgjennomsnittet. Eldre med kroniske lidelser har behov for desentraliserte spesialisthelsetjenester og reisevei som muliggjør rask diagnostikk og behandling.

Det er således viktig at det arbeides videre med hvordan Sykehuset Innlandet HF kan videreutvikle desentraliserte tjenester, herunder en aktivitetsøkning ved de lokalmedisinske sentrene (LMS) i Nord-Gudbrandsdalen (Otta) og Valdres (Fagernes). Sykehuset Innlandet HF arbeider med etablering av et LMS på Hadeland (Gran) (jf. styresak 056-2018 i Sykehuset Innlandet HF). Dette arbeidet må prioriteres sammen med vurdering om det skal etableres ytterligere LMS.

En samlokalisering av distriktpsikiatriske sentra, barne- og ungdomspsykiatrisk tilbud og LMS vil legge til rette for større grad av tverrfaglig samhandling og mer robuste fagmiljøer. Dette kan ytterligere styrkes ved en samlokalisering med avtalespesialister som har avtale med Helse Sør-Øst RHF. Dette bør vurderes og utredes i det videre arbeidet.

En samlokalisering av desentraliserte spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester i LMS vil gi økt mulighet til å etablere helhetlige pasientforløp og gode samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Videre må prehospitale tjenester styrkes. Tidlig prehospital undersøkelse, behandling og transport til rett nivå i helsetjenesten kan være livreddende. Det fører også til raskere rehabilitering, mindre funksjonstap og bedre helse på sikt. En samling av spesialiserte funksjoner vil kunne bidra til at flere akutte og uavklarte pasienter kan ferdigbehandles ved ett sted. Samtidig vil en større grad av samling gi noe lengre transport. Tatt i betraktning størrelsen på opptaksområdet til Sykehuset Innlandet HF, vil det være nødvendig med en plan for videreutvikling av de prehospitale tjenestene. De prehospitale tjenestene må ses i sammenheng med akutttilbudet ved de lokalmedisinske sentraene og fremtidig sykehusstruktur.

#### *2.4.4 Videreutvikling av Tynset sykehus*

Det legges til grunn at Tynset sykehus fortsetter som akutt sykehus med tilpassede akuttfunksjoner. For Tynset gjelder presiseringen i Nasjonal helse- og sykehusplan som sier at akutt sykehus «kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosetningsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig».

Tynset sykehus skal videreutvikles som et tilpasset akutt sykehus, med akutt indremedisin, akuttkirurgi, anestesi og fødestue. I situasjoner hvor pasientene ikke kan ferdigbehandles på Tynset sykehus, må pasientene kunne fraktes til et sykehus hvor spesialiserte funksjoner er samlet. Nødvendig kompetanse og kapasitet for å opprettholde beredskap vil gi en større behandlingsskapasitet ved Tynset sykehus enn det lokalsykehusområdet vil trenge. Denne kapasiteten er forutsatt benyttet av Sykehuset Innlandet HF og medfører at en andel av pasienter med behov for planlagte (elektive) kirurgiske inngrep vil måtte få sitt tilbud på Tynset. Videre vil det kunne være aktuelt å vurdere om Tynset sykehus skal ha et noe større geografisk opptaksområde enn i dag.

#### *2.4.5 Fremtidig virksomhetsmodell*

Det er viktig å fastsette et målbilde og en utviklingsretning for Sykehuset Innlandet HF. Fagmiljøer og funksjoner i Sykehuset Innlandet HF bør samles i større grad enn i dag. Et sentralt spørsmål er om den akutt og kritisk syke pasienten skal transporteres kortere til et sykehus med færre spesialiteter, eller lenger til et sykehus med bredere kompetanse. «Den gylne timen», tiden det tar fra en pasient blir kritisk syk til behandling kan gis, er særlig viktig for fire pasientgrupper: hjerneslag, hjerteinfarkt, sepsis (blodforgiftning) og store skader (traumer). Disse pasientgruppene behandles ved Sykehuset Innlandet HF i dag, men mer spesialiserte behandlinger innen hver diagnosegruppe gjøres ved Oslo universitetssykehus HF, som for eksempel PCI, trombolyse, avansert traumebehandling med mere. Det vil fortsatt være slik at pasienter som trenger avansert behandling som regnes som regionsfunksjoner, skal håndteres av Oslo universitetssykehus HF. Samtidig må fremtidig virksomhetsmodell for Sykehuset Innlandet HF ivareta den akutt og kritisk syke pasienten på en trygg og sikker måte.

For Helse Sør-Øst RHF er det spesielt viktig at «sørge for»-ansvaret ivaretas, det vil si at alle pasienter i Innlandet som trenger spesialisthelsetjenester skal få dette når de trenger det. Det er avgjørende for det regionale helseforetaket at ny virksomhetsmodell ivaretar likeverdige helsetjenester for pasienter i Sykehuset Innlandet HF sitt opptaksområde.

En samling av spesialiserte funksjoner i et Mjøssykehus vil kunne bidra til at flere akutte og uavklarte pasienter kan ferdigbehandles ved ett sted. Samtidig vil en større grad av samling gi noe lengre transport. Det må derfor etableres en virksomhetsmodell med sykehusfunksjoner utenfor Mjøssykehuset, inkludert i LMS. Tatt i betraktning størrelsen på opptaksområdet til Sykehuset Innlandet HF og reiseavstandene, vil det i tillegg være nødvendig med en plan for videreutvikling av de prehospitale tjenestene. De prehospitale tjenestene må ses i sammenheng med akutttilbudet som etableres ved ny virksomhetsmodell inkludert et eventuelt behov for flere LMS.

En virksomhetsmodell slik som i dag, representerer ingen god fremtidig løsning for pasientene i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet HF. Sykehuset Innlandet HF har i sin idéfase vurdert ulike modeller, dvs. modeller med ett stort akutt sykehus, modeller med to store akutt sykehus og modeller med tre store akutt sykehus i Mjøsregionen. En modell med tre store akutt sykehus i Mjøsregionen vil ut fra ut fra faglige vurderingene og krav til kvalitet og pasientsikkerhet ikke være en egnet virksomhetsmodell for sykehusområdet Innlandet. Denne modellen innebærer at det finnes akutt indremedisin, akutt gastrokirurgi og akutt ortopedi ved tre sykehus, i tillegg til at dette er fagområder som også vil være ved Tynset sykehus. En slik virksomhetsmodell gir ikke nødvendig grad av samling av fag og funksjoner.

Sykehuset Innlandet HF har en modell med to store akutt sykehus i Mjøsregionen hvor fag og funksjoner inkludert de spesialiserte funksjonene er fordelt på to enheter. Denne løsningen vil gi funksjonsfordelte sykehus som hver for seg ikke har faglig bredde til å kunne gi et samlet og helhetlig tilbud til pasientgrupper som trenger ett tverrfaglig tilbud. I alternativer med to akutt sykehus (evt stort akutt sykehus avhengig av opptaksområde), er det derfor avgjørende at ett akutt sykehus defineres som sykehuset som vil inneha alle spesialiserte funksjoner. Det andre (store) akutt sykehuset i en slik virksomhetsmodell kan ha akutt funksjoner innenfor indremedisin, gastrokirurgi og ortopedi, men ikke spesialiserte funksjoner.

En samling av spesialiserte funksjoner til større og mer solide fagmiljøer er viktig for mange av pasientforløpene og taler for at alle spesialiserte funksjoner legges til ett stort akutt sykehus. Dette sykehuset får ansvar for den spesialiserte behandlingen av pasienter med kreft, hjerneslag, traumer og barn i tillegg til intensivpasienter. I tillegg vil dette sykehuset ha lokalsykehusfunksjoner for et angitte geografisk område. Gastrokirurgi er et sentralt fagområde i behandling av både av traumer og kreft og har faglige avhengigheter til karkirurgi, gynekologi, urologi og intensivmedisin. I tillegg har gastrokirurgi faglige avhengigheter til medisinske fag som gastroenterologi og barnemedisin. Akutt gastrokirurgi må følgelig samlokaliseres med kreftkirurgi, intervensjonsradiologi, intensivmedisin og barnemedisin. Ved en virksomhetsmodell med to (store) akutt sykehus er det viktig at kun ett har kreftkirurgi og traumebehandling.

Videre anbefales det at somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samles i større grad enn i dag. Det vil gi faglige synergier med en tettere integrasjon mellom de somatiske fagene og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Spesielt gjelder dette akutt rusmottak som har faglige avhengigheter til somatiske fagområder, samt behandling av somatiske tilstander hos pasienter med psykiske lidelser.

Arbeidsgruppen som har vært nedsatt med representanter fra Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF har pekt på tre virksomhetsmodeller som alle understøtter etableringen av et Mjøssykehus ved Mjøsbrua med en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttsykehus:

1. Mjøssykehuset og et elektivt sykehus med døgnfunksjon
2. Mjøssykehuset og et akuttsykehus
3. Mjøssykehuset, et elektivt sykehus med døgnfunksjon og et akuttsykehus

Helse Sør-Øst RHF har vurdert de tre ulike virksomhetsmodellene.

*Mjøssykehuset og et elektivt sykehus med døgnfunksjon (alternativ 1)*

Alternativ 1 vil innebære et Mjøssykehus som er et meget stort akuttsykehus i en norsk sammenheng (figur 2). Det vil ha et opptaksområde på 353 000 i 2040 og det vil kun være Akershus universitetssykehus HF i vår region som har et større opptaksområde. Eksempelvis er opptaksområdet til det nye sykehuset i Vestre Viken HF, Drammen sykehus, 168 000 i 2018, og befolkningen i sykehusets opptaksområdet er estimert å øke til 202 000 i 2040. Drammen sykehus har i tillegg gastrokirurgi for opptaksområdet til Kongsberg sykehus, som i 2018 teller 56 000 og er estimert å øke til 65 000 i 2040.

Et elektivt sykehus med døgndrift er et sykehus der det kun foregår planlagt aktivitet og man altså ikke har akuttberedskap. Fordelen med slike enheter er at de tillater god planlegging og effektiv drift der denne ikke forstyrres av akutte hendelser som beslaglegger personale og lokaliteter. Når Sykehuset Østfold HF valgte å samle alle akuttfunksjoner i det nye sykehuset på Kalnes, utviklet de Moss sykehus som et elektivt sykehus med mange oppgaver innen planlagt heldøgnskirurgi, dagkirurgi, dagbehandling og poliklinikker innen de fleste fagområder. Moss sykehus har egen ordinær bemanning, i tillegg til spesialister som ambulerer fra akuttsykehuset på Kalnes. Det forutsetter mobilt personale, og god strukturering av utdanningsløp.

*Mjøssykehuset og et akuttsykehus (alternativ 2)*

Alternativ 2 vil innebære ett akuttsykehus i tillegg til Mjøssykehuset. Dette reduserer størrelsen på Mjøssykehuset sammenlignet med alternativ 1. Opptaksområdet for akuttsykehuset avgjør om dette blir et stort akuttsykehus eller ikke i henhold til definisjonen i Nasjonal helse- og sykehusplan. Mjøssykehuset vil ha alle spesialiserte funksjoner fra hele Sykehuset Innlandet HF sitt opptaksområde med unntak av kommunene Røros og Holtålen i Fjellregionen som tilhører Helse Midt-Norge. Alternativet legger til rette for en samling av spesialiserte funksjoner og en samling av somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttsykehus. Løsningen vil være i tråd med føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan, og vil kunne gi muligheter for å tilby mer spesialisert behandling i Innlandet. Det gir videre mulighet for felles akuttmottak og rusakuttmottak. Ved at etablering av ett akuttsykehus i tillegg til Mjøssykehuset vil man kunne sikre en kortere reisevei for pasienter ved at det finnes to akuttsykehus i Innlandet. Det gir også en fleksibilitet ved beredskapssituasjoner. En noe redusert størrelse på Mjøssykehuset sammenlignet med alternativ 1 kan også redusere risikoen for stordriftsulemper og gi mulighet for avlastning i perioder med høy aktivitet. Samtidig betyr en større grad av samling av funksjoner enn i dag at det frigjøres ressurser og kompetanse til desentraliserte tjenester.

*Mjøssykehuset, et akuttsykehus og et elektivt sykehus med døgnfunksjon (alternativ 3)*

Alternativ 3 vil innebære et Mjøssykehus som i alternativ 2 og ett akuttsykehus som i alternativ 2 sammen med et elektivt sykehus som i alternativ 1. Opptaksområdet for akuttsykehuset avgjør om dette blir et stort akuttsykehus eller ikke i henhold til definisjonen i Nasjonal helse- og



sykehusplan. Mjøssykehuset vil ha alle spesialiserte funksjoner fra hele Sykehuset Innlandet HF sitt opptaksområde med unntak av kommunene Røros og Holtålen i Fjellregionen som tilhører Helse Midt-Norge. Alternativet legger til rette for en samling av spesialiserte funksjoner og en samling av somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttsykehus. Løsningen vil være i tråd med føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan, og vil kunne gi muligheter for å tilby mer spesialisert behandling i Innlandet. Det gir videre mulighet for felles akuttmottak og rusakuttmottak. Ved etablering av ett akuttsykehus i tillegg til Mjøssykehuset vil man kunne sikre en kortere reisevei for akuttpasienter i en større del av opptaksområdet til Sykehuset Innlandet HF. Det gir også en fleksibilitet ved beredskapssituasjoner. En noe redusert størrelse på Mjøssykehuset sammenlignet med alternativ 1 kan også redusere risikoen for stordriftsulemper og gi mulighet for avlastning i perioder med høy aktivitet. Samtidig betyr en større grad av samling av funksjoner enn i dag at det frigjøres ressurser og kompetanse til desentraliserte tjenester. Alternativet legger også til rette for de samme virksomhetsmodellene for et elektivt sykehus som er beskrevet for alternativ 1.

Dette er en modell som virksomhetsmessig anbefales hensyntatt «sørge for»-ansvaret, kvalitet og pasientsikkerhet, beredskapsfunksjoner, fremtidig befolkningsutvikling, bosettingsmønster og reiseavstander, effektiv drift og god ressursutnyttelse. I det videre arbeidet med utvikling av Sykehuset Innlandet HF bør det konkretiseres en modell for et elektivt sykehus i ett av dagens eksisterende sykehus. Det kan være gunstig å etablere et klarere skille mellom akutte og elektive funksjoner, slik at en unngår at pasientene utsettes for unødvendige avlysninger, utsettelse og forsinkelser av egen behandling. I en slik konkretisering må det også inngå fagområder som medikamentell kreftbehandling og stråleterapi av kreftpasienter som er planlagt virksomhet. Det samme gjelder dialyse, infusjonsbehandling av ulike pasientgrupper og andre dagbehandlinger innen indremedisin.

## 2.5 Framskrivning av aktivitet og kapasitet

Framskrevet kapasitetsbehov beregnes i dag ved hjelp av «Sykehusbyggmodellen». Det er i idéfasen i regi av Sykehuset Innlandet HF gjort framskrivninger mot 2040. Modellen estimerer behovet for ulike typer areal, som normalsenger, operasjonsstuer, intensivsenger og poliklinikkrom.

Det framtidige behovet for sengekapasitet i Sykehuset Innlandet HF ble estimert til totalt 824 senger, inkludert somatikk, habilitering og rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i idéfasen gjennomført av Sykehuset Innlandet HF. Sengebehovet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble estimert til om lag 170 av det totale antall senger. Dimensjonering av Mjøssykehuset vil avhenge av konkretisering av virksomhetsmodellen for Sykehuset Innlandet HF med flere sykehus i nettverk.

Kongsvinger sykehus og tilhørende opptaksområde overføres til Akershus universitetssykehus HF fra 1. februar 2019. Sykehuset Innlandet HF har utarbeidet en tilleggsrapport i 2017, hvor opptaksområdet til Kongsvinger sykehus ikke er innberegnet. Rapporten estimerer at det samlet sett vil være behov for mellom 742 og 792 senger i Sykehuset Innlandet HF, avhengig av hvilken modell for sykehusstruktur som velges.

Sykehuset Innlandet HF har i disse framskrivningene benyttet utnyttelsesgrad som ble vedtatt av Helse Sør-Øst RHF i styresak 090-2014. Dette innebærer at det er benyttet 90 % belegg for normalsenger og 10 timers åpningstid (240 dager per år) for poliklinikker. I regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst (jf. styresak 114-2018) er det fastslått at det nå skal benyttes



lavere utnyttelsesgrad, det vil si 85 % belegg for normalsenger og 8 timer åpningstid (230 dager per år) for poliklinikker. Det er følgelig nødvendig å gjøre nye framskrivninger av kapasitetsbehovet for Sykehuset Innlandet HF. Disse må i tillegg baseres på nye befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå fra juni 2018 og NPR-tall fra 2017.

## 2.6 Rekruttering

Sykehuset Innlandet HF har over tid hatt utfordringer med rekruttering innen flere fagområder, og følgende fagområder er i dag sårbare; radiologi, patologi, onkologi, lungemedisin, geriatri, nevrologi, nyremedisin, gastrokirurgi, gynekologi og laboratoriefagene. Innenfor psykisk helsevern er det et stort behov for lege- og psykologspesialister. En høy andel ansatte over 60 år vil bety at mye spesialkompetanse vil forsvinne ut av helseforetaket med mindre det iverksettes tiltak. Flere avdelinger vurderes som sårbare når det gjelder kompetanse og ressurser, blant annet fordi fagmiljøene er små og kompetansen til dels er knyttet til enkeltpersoner. Det er viktig at rekrutteringsutfordringer hensyntas i videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF.

Det antas at en større grad av samling av fagmiljø vil innebære en bedre rekruttering sammenlignet med dagens situasjon. Kommunene har også utfordringer med rekruttering av helsepersonell og dette må tas hensyn til når virksomhetsmodell og lokalisering skal vurderes. Lokalisering i tilknytning til en by antas å gi positive effekter for rekruttering, da en i byer kan forvente en større bredde i tilbudet av arbeidsplasser i 2040. Byer har i seg selv en tiltrekningskraft, særlig for unge nyutdannede. Samtidig er det vanskelig å vurdere effekten av de ulike faktorene som har betydning for rekruttering.

## 2.7 Bygg og arealbehov

Bygningsmassen som er vurdert i idéfasen er knyttet til dagens seks somatiske sykehus, stedene som driver habilitering og rehabilitering, samt de to psykiatriske sykehusene. Bygningsmassen omfatter totalt ca. 270 000 m<sup>2</sup>. Bygningsmassen ved Kongsvinger sykehus utgjør i overkant av 20.000 m<sup>2</sup>.

Store deler av bygningsmassen i Sykehuset Innlandet HF er av eldre dato. Tilstands- og egnethetsanalysen som er gjort for sykehusene i Innlandet viser utfordringer med å tilpasse bygningsmassen til framtidig funksjonell sykehusdrift. For store deler av bygningsmassen er det etterslep i vedlikehold, hvilket betyr at helseforetaket enten må gjennomføre ombygginger og rehabilitering av eksisterende bygningsmasse eller bygge nytt.

I 2013 viste kartleggingen en samlet tilstandsgrad på 1,3 (tilstandsgrad 0 er best og 3 er dårligst). En ny kartlegging i 2016 viste en samlet tilstandsgrad på 1,4. Det samlede oppgraderingsbehovet (vedlikeholdsetterslep) er estimert til cirka 2,5 milliarder kroner i 2016. Etterslepet er økt fra 1,96 milliarder kroner i 2013, en økning på om lag 28 prosent på tre år.

Det er spesielt Hamar sykehus og Sanderud psykiatriske sykehus som har dårligst bygningsmasse og hvor det er store behov for ny bygningsmasse. Gjøvik sykehus vurderes å ha best standard og nyest bygningsmasse. Elverum og Lillehammer sykehus har tilnærmet lik teknisk standard. For sykehusene som i dag er bynært plassert er utvidelsesmulighetene begrenset. Det må tas hensyn til gjenbruk av investeringer ved videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF og det må utarbeides en investeringsplan for alle sykehusbygg hvor det skal videreføres pasientbehandling.

## 2.8 Investering og økonomisk bærekraft

Det fremgår av *Økonomisk langtidsplan 2019-2022* (styresak 052-2018) at et fremtidig byggeprosjekt i Sykehuset Innlandet HF har prioritet etter ferdigstillelse av nytt sykehus i Drammen (Vestre Viken HF). En konseptfase kan da starte i 2021, slik at forprosjekt kan igangsettes i 2024, under forutsetning av styregodkjenning i Helse Sør-Øst RHF og lånetilsagn på statsbudsjettet.

Ved siste rullering av økonomisk langtidsplan (styresak 052-2018) ligger videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF inne med en foreløpig økonomisk planleggingsramme på om lag 8 milliarder kroner, som er i samme størrelsesorden som rammen for nytt sykehus i Drammen i Vestre Viken HF (styresak 054-2016). Oppdatert til 2018-kroner er planleggingsrammen for Sykehuset Innlandet HF på 8,65 milliarder kroner.

I sak 079-2017, vedlegg 4 «Tilleggsrapport til Sykehuset Innlandets idéfaserapport», har Sykehuset Innlandet HF gjennomført analyser som følge av vedtaket om overføring av Kongsvinger sykehus med opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF. Analysene viser at det vil det være mulig å realisere de fleste alternativene i idéfaseutredningen innen planleggingsrammen som er satt. Dette gjelder imidlertid ikke alternativet med ett stort akuttisykehus uten aktivitet i gjenværende sykehus, og alternativet med tre store akuttisykehus i Mjøsregionen hvor sykehusfunksjonene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samles. Øvrige modeller, og dermed også arbeidsgruppens anbefalte alternativer, kan tilpasses innenfor foreløpig økonomisk ramme. Avhengig av lokalisering og valg av modell, er det imidlertid forskjeller på graden av nybygg og ombygging og rehabilitering av eksisterende bygningsmasse.

Sykehuset Innlandet HF har gjennomført bærekraftsanalyser av ulike modellene hvor man har korrigert for overføring av ansvaret for spesialisthelsetjenestene for Kongsvingers opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF. Disse viser at Sykehuset Innlandet HF har bærekraft på helseforetaksnivå til ett, to- og tre-sykehusmodellen, samt for nullalternativet, gitt forutsetningene i idéfase og innspill til økonomisk langtidsplan 2018-2021. Nullalternativet har dog den dårligste bærekraften.

På grunnlag av analysene fra Sykehuset Innlandet HF har arbeidsgruppen gjort en overordnet vurdering av bærekraft i de tre virksomhetsmodellene. Alternativ 1 fra arbeidsgruppen er en modell som avviker lite fra modell 1C som er utredet av Sykehuset Innlandet HF i idéfase. Investeringskostnadene vil bli noe lavere dersom stråletilbudet med pasienthotell ivaretas ved Gjøvik sykehus. I tillegg er beredskapskostnadene ved et elektivt sykehus med døgndrift noe lavere sammenlignet med et sykehus med akuttfunksjoner. Alternativ 2 bygger også på beregningene av modell 1C som er utredet av Sykehuset Innlandet HF i idéfase. Også her vil investeringskostnaden bli noe lavere dersom stråletilbudet med pasienthotell ivaretas ved Gjøvik sykehus. Det må i begge alternativer reinvesteres noe i gjenværende bygg, og som følge av ombygging i eksisterende bygningsmasse er det usikkerhet forbundet med estimert investeringsnivå.

Alternativ 3 kan sammenlignes med modell 1E som er utredet i idéfase. Hovedforskjellen er at sykehusfunksjonene for psykisk helsevern og rusbehandling samles ved Mjøspsykiatriske sykehus i alternativ 3 i motsetning til modell 1E i idéfasearbeidet der sykehusfunksjonene beholdes på Reinsvoll psykiatriske sykehus og Sanderud psykiatriske sykehus. Investeringskostnaden ved å samle disse funksjonene ved Mjøspsykiatriske sykehus er tidligere beregnet og investeringskostnaden anslås økt med om lag 600 millioner kroner. Alternativ 3 vil samtidig kunne åpne for avhending av eiendommer, noe som vil ha en positiv likviditetsmessig effekt. De årlige driftsgevinstene ved å samle psykisk

helsevern og rusbehandling er beregnet til nærmere 40 millioner kroner per år. En samling av sykehusfunksjonene i psykisk helsevern og rusbehandling har i seg selv økonomisk bærekraft over prosjektets levetid. Et annet avvik mellom alternativ 3 og modell 1E er at det i alternativ 3 er ett sykehus med akuttfunksjoner og ett sykehus med elektiv døgntilbud, mens det i modell 1E er to sykehus med akuttfunksjoner og elektiv kirurgi i tillegg til Mjøssykehuset. Denne justeringen vil medføre en forbedring i den økonomiske bærekraften i forhold til den utredede modell 1E, siden beredskapskostnadene antas å bli noe lavere ved et elektivt sykehus sammenlignet med et sykehus med akuttfunksjoner. Også i denne modellen vil investeringskostnaden vil bli noe lavere dersom stråletilbudet med pasienthotell ivaretas ved Gjøvik sykehus. Alternativ 3 vil derfor kunne antas å ha en bedre økonomisk bærekraft enn modell 1E. Det må dog reinvesteres noe i gjenværende bygg, og som følge av ombygging i eksisterende bygningsmasse er det usikkerhet forbundet med estimert investeringsnivå også her.

Helse Sør-Øst RHF mener det må arbeides videre med beregninger av investeringsbehov og økonomisk bærekraft i parallell med at virksomhetsinnhold ytterligere konkretiseres. Alternativene som er beskrevet viser økonomisk bærekraft på helseforetaksnivå under gitte forutsetninger. Nybygginvesteringene blir lavest i alternativ 3. Dersom man klarer å legge til rette for gjenbruk av eksisterende bygningsmasse på en god måte uten store ombygginger i alternativ 3, vil også dette redusere behovet for kostandstilpasninger/effektiviseringer for Sykehuset Innlandet HF.

## 2.9 Muligheter for trinnvis utbygging

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at det skal vurderes trinnvis utbygging som et alternativ ved realisering av store sykehusbyggprosjekter. Dette kan åpne for fleksibilitet ved utforming av bygg, og kapasitet kan tilpasses underveis i de ulike byggetrinnene. I tillegg åpner det for at delprosjekter kan realiseres i ulike deler av regionen samtidig.

Sykehuset Innlandet HF har i sin styresak 079-2017 omtalt muligheter for en trinnvis utbygging. Helseforetaket tar blant annet fram at det er en fordel å samle spesialiserte funksjoner innen somatikk og deler av sykehuspsykiatrien ved ett stort akuttpsykehus i første trinn. Det siktes her til alderspsykiatri, TSB, behandlingstilbud ved spiseforstyrrelser med mer. Videre vil det i andre trinn være naturlig å samle resterende sykehuspsykiatri.

Arbeidsgruppen som har vært nedsatt med representanter fra Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF har sett på mulig trinnvis utvikling av Mjøssykehuset:

### Trinn 1:

To av dagens somatiske akuttpsykehus samles i nytt Mjøssykehus sammen med spesialiserte funksjoner fra de andre somatiske sykehusene. Trinn 1 må også inkludere enheter innenfor psykisk helsevern og TSB med størst somatisk tilknytning.

### Trinn 2:

Resterende sykehuspsykiatri og TSB samles i Mjøssykehuset. Alternativt kan trinn 2 inngå i trinn 1. Det er medisinske og helsefaglige argumenter for en anbefaling om at prioriterte funksjoner innen psykiatri og TSB samlokaliseres med somatikk i første byggetrinn. Hovedbegrunnelsen er å få innarbeidet en god integrering helt fra oppstart av Mjøssykehuset.

## 2.10 Konkretisering frem mot konseptfase

Det er behov for ytterligere konkretisering av virksomhetsmodell i Sykehuset Innlandet HF. Ved etablering av et Mjøssykehus, et elektivt sykehus med døgnfunksjon og et akutt sykehus bør følgende områder bør utredes nærmere:

- Hensiktsmessig funksjonsfordeling mellom Mjøssykehuset og øvrige sykehus
- Virksomhetsinnholdet og –modell for de ulike sykehusene – herunder hvor skal det være poliklinikk, dagbehandling, dialyse, radiologi osv.
- Beskrivelse av tjenester de lokalmedisinske sentraene skal tilby
- Videreutvikling av prehospitale tjenester for å være tilpasset ny struktur
- Fordeling av opptaksområder

Virksomhetsinnhold må være førende. Deretter må lokalisering utredes og avgjøres.

## 3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør mener det er behov for å fastsette et målbilde og en utviklingsretning for Sykehuset Innlandet HF. Fagmiljøer og funksjoner i Sykehuset Innlandet HF bør samles i større grad enn i dag, og det er behov for å oppgradere og erstatte gamle bygg.

Dagens funksjonsfordelingen mellom de somatiske sykehusene i Sykehuset Innlandet HF innebærer at ingen av sykehusene kan gi et komplett tilbud med tverrfaglig diagnostikk og behandling. Resultatet er at pasientforløpene i Sykehuset Innlandet HF blir stykket opp og pasienter må transporteres mellom ulike sykehus for å få utført undersøkelser og behandling.

Innlandet står ovenfor en spesiell utfordring med en relativt liten økning i folketallet samtidig som andelen av befolkningen over 70 år stiger betydelig i perioden frem til 2040. Endringene i alderssammensetningen vil bidra til at flere vil ha kroniske og sammensatte sykdomsbilder. De demografiske, epidemiologiske, faglige og teknologiske trendene betinger endring. Det må gjøres både strukturell, faglig og bygningsmessig endring for å oppnå gode pasientforløp. En dreining fra nåværende struktur til organisering som ivaretar gode og helhetlige pasientforløp vil fremmer en arbeidsform som er pasientsentert og tverrfaglig.

Administrerende direktør viser til *Nasjonal helse- og sykehusplan* som legger til grunn at fremtidens sykehus i størst mulig grad bør samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, slik at pasientene kan få et helhetlig tilbud på samme sted. Dette må være førende for et målbilde for Sykehuset Innlandet HF. I Sykehuset Innlandet HF er det også viktig å få samlet spesialiserte funksjoner innen somatikk. Disse er i dag spredt på flere sykehus i Mjøssområdet.

I lys av Helse Sør-Øst RHF's «sørge for»- ansvar vil den fremtidige sykehusstrukturen i Innlandet måtte ivareta gode spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i ulike deler av Hedmark og Oppland. Dette innebærer at det må etableres en sykehusstruktur, lokalmedisinske sentra og prehospitale tjenester som bidrar til tilgjengelige tjenester og god kvalitet på behandlingen i ulike deler av Sykehuset Innlandet HF sitt opptaksområde.

Administrerende direktør legger til grunn at ny sykehusstruktur i Innlandet skal gi en god balanse mellom de østlige og vestlige deler av sykehusområdet. En viss geografisk balanse er viktig med tanke på reiseavstander for pasienter og pårørende, arbeidsplasser og rekruttering, samt infrastruktur og ivaretagelse av investeringer som er gjort. Det er vanskelig å vurdere de ulike faktorene som har betydning for rekruttering. Samling av fagmiljøer til større enheter vil sannsynligvis ha effekt. Lokalisering i by er også antatt å ha positiv effekt på rekruttering, særlig for unge nyutdannede.

Administrerende direktør legger videre til grunn at det skal vurderes trinnvis utbygging som et alternativ ved realisering av store sykehusbyggprosjekter. Muligheter for trinnvis utvikling av Sykehuset Innlandet HF bør utredes videre, hvor gjenbruk av eksisterende bygningsmasse vektlegges. En slik trinnvis videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF kan gjøre det mulig å gjenbruke investeringer som er gjort og åpne for fleksibilitet ved utforming av bygg, samt at kapasitet kan tilpasses underveis i de ulike byggetrinnene.

En full samling av alle sykehusfunksjoner i Innlandet i ett sykehus ville innebære et meget stort akutt sykehus i norsk sammenheng. Det er i henhold til *Nasjonal helse- og sykehusplan* kun Akershus universitetssykehus HF i vår region som har et større opptaksområde. Med et opptaksområde som i areal er på størrelse med Danmark og et spredt bosettingsmønster, vil det ikke være realistisk at det kun skal være ett akutt sykehus i Innlandet. Beredskapshensyn og reiseavstander tilsier at det må være flere akutt sykehus i Innlandet. Ett stort akutt sykehus vil også medføre lengre reiseavstander og behov for flere vaktlag innen enkelte fagområder, for å håndtere antall pasienter og de samtidighetskonflikter som vil oppstå når størrelsen på opptaksområdet øker. Samtidig vil mange små sykehus gi små fagmiljøer og parallelle vaktlinjer, som er en utfordring med dagens struktur i Sykehuset Innlandet HF. Det er således avgjørende å finne balansen mellom antall sykehus og behovet for samling av fag og funksjoner.

Administrerende direktør mener at en større grad av samling vil legge til rette for en utvikling av desentraliserte tilbud, herunder videreutvikling av de tre lokalmedisinske sentrene som finnes per i dag. Det må også vurderes etablering av flere lokalmedisinske sentra avhengig av ny sykehusstruktur og lokalisering. Det er viktig at Sykehuset Innlandet HF videreutvikler sine prehospitaltjenester slik at de understøtter rask diagnostikk og behandling når dette er mulig, samt sikker transport til riktig sted. Det må i det videre arbeidet også sees på hvor det er hensiktsmessig at man etablerer en ny luftambulansbase i Innlandet sykehusområdet.

Det er også viktig med vurdering av investeringer og økonomisk bæreevne ved fastsetting av ny sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet HF. Desto større investeringer, desto større effektiviseringskrav som følge av investeringene. Det forutsettes av den grunn at Sykehuset Innlandet HF kan legge godt til rette for gjenbruk av eksisterende bygningsmasse og dermed redusere investeringer til ombygging. Gjenbruk av eksisterende bygningsmasse gir behov for mindre investeringer i nybygg og det innebærer at det blir mindre krav til kostnadstilpasninger og effektivisering i driften.

Det er nærliggende å sammenligne med Sykehuset Østfold HF og Vestre Viken HF. Ingen av disse foretakene har samlet all virksomhet på ett sted, og det har vært avgjørende for bærekraftsanalysene ved Sykehuset Østfold HF at sykehuset har driftet Moss sykehus som et elektivt sykehus i tillegg til det nye sykehuset på Kalnes. På samme måte er det avgjørende for Vestre Viken HF at helseforetaket kan basere sine bærekraftanalyser på hele foretaket med flere lokalisasjoner og ikke bare det nye sykehuset i Drammen.



Ved fastsetting av målbilde for Sykehuset Innlandet HF er det flere forhold som må vurderes, herunder virksomhetsmodell, «sørge for»-ansvar, kvalitet og pasientsikkerhet, beredskapsfunksjoner, fremtidig befolkningsutvikling, reiseavstand og bosettingsmønster, effektiv drift og god ressursutnyttelse, gjenbruk av bygg og utstyr, samt investeringer og bærekraft.

Administrerende direktør inviterer styret til å vedta et fremtidig målbilde for Sykehuset Innlandet HF med en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt stort akutt sykehus, Mjøssykehuset, et akutt sykehus på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av et akutt sykehus og et elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Prehospitale tjenester og lokalmedisinske sentra skal videreutvikles. En slik virksomhetsmodell vil være i tråd med *Nasjonal helse- og sykehusplan* og tilrettelegge for sykehus i nettverk, hvor sykehus med ulike funksjoner kan løse oppgaver sammen. Videre er en samling av funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i tråd med *Nasjonal helse- og sykehusplan*.

Med et stort akutt sykehus hvor alle spesialiserte funksjoner innen somatikk samles sammen med psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vil man etablere ett akutt sykehus i Innlandet som kan gi et komplett tilbud til de pasienter som trenger tverrfaglig diagnostikk og behandling og/eller mer spesialisert behandling. Ved etablering av ett akutt sykehus i tillegg til Mjøssykehuset vil man kunne sikre en kortere reisevei for akutt pasienter i en større del av opptaksområdet til Sykehuset Innlandet HF. Det gir også fleksibilitet ved beredskapssituasjoner. Sammen med akutt sykehus på Tynset vil dette dekke befolkningen i Innlandet sitt behov for akutt sykehus på en god måte. I tillegg kommer lokalmedisinske sentra og prehospitale tjenester som vil understøtte en trygg og god ivaretagelse av akutt pasienter.

Målbildet innebærer også etablering av et elektivt sykehus i et av dagens somatiske sykehus. Det kan være gunstig å etablere et klarere skille mellom akutte og elektive funksjoner, slik at en unngår at pasientene utsettes for unødvendige avlysninger, utsettelse og forsinkelser av egen behandling. Virksomhetsinnholdet i et elektivt sykehus må konkretiseres i det videre arbeidet. I en slik konkretisering må elektiv kirurgi inngå sammen med fagområder som medikamentell kreftbehandling og strålebehandling av kreftpasienter, dialyse, infusjonsbehandling av ulike pasientgrupper og annen dagbehandling innen indremedisin. Videre legger målbildet til rette for gjenbruk av eksisterende bygningsmasse og gir således mulighet for at investeringer i nybygg holdes på et nivå som tilsier realistiske effektiviseringskrav som følge av investeringer.

Det må også legges vekt på videreutvikling av Tynset sykehus med vurdering av oppgaver som kan legges til sykehuset i tillegg til vurdering av et eventuelt økt opptaksområde. Lokalmedisinske sentra skal videreutvikles og det skal vurderes etablering av flere. En samlokalisering av distriktpsikiatriske sentra, barne- og ungdomspsikiatrisk tilbud og lokalmedisinske sentra vil legge til rette for større grad av tverrfaglig samhandling og mer robuste fagmiljøer som kan tilby desentraliserte tjenester. Dette kan ytterligere styrkes ved en samlokalisering med avtalespesialister som har avtale med Helse Sør-Øst RHF.

Administrerende direktør mener at en større grad av samling av fagmiljøer og funksjoner i et nytt Mjøssykehus vil øke kvalitet, samle pasientforløp og gi god ressursutnyttelse. Etablering av det nye Mjøssykehuset innebærer en samling av alle spesialiserte funksjoner innen somatikk og somatisk virksomhet fra to av dagens sykehus, i tillegg til sykehusbaserte tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra Sanderud psikiatriske sykehus og Reinsvoll psikiatriske sykehus. Dersom man tar utgangspunkt i for eksempel divisjon Elverum-Hamar ved



etablering av Mjøssykehuset, innebærer dette at man kan ha et akuttpsykiatri på Lillehammer og et sykehus på Gjøvik med spesialisthelsetjenestefunksjoner innen indremedisin, strålebehandling og medikamentell kreftbehandling. Om man tar utgangspunkt i opptaksområdet til Lillehammer sykehus og Hamar sykehus ved etablering av Mjøssykehuset, kan man ha akuttpsykiatri enten på Elverum sykehus eller på Gjøvik sykehus og tilsvarende et elektivt sykehus på motsatt sted. Uansett synes det fornuftig at man ivaretar investeringene som er gjort i strålebunkere på Gjøvik sykehus.

Administrerende direktør foreslår at det igangsettes et arbeid i 2019 for å konkretisere virksomhetsinnholdet internt i Sykehuset Innlandet HF og videreutviklingen av lokalmedisinske sentra og prehospitale tjenester. Virksomhetsinnhold må være førende og deretter må lokaliseringen av sykehusene konkretiseres basert på definert virksomhetsinnholdet. Byggene må planlegges til slutt. Administrerende direktør anbefaler alle spesialiserte funksjoner innen somatikk, somatisk virksomhet fra to av dagens sykehus og sykehusbaserte tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngår i utredningen av virksomhetsinnholdet i et nytt Mjøssykehus ved Mjøsbrua.

Det er lagt nye føringer for framskrivninger i *Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst* (jf styresak 114-2018). Det er således behov for å gjennomføre en ny og oppdatert framskrivning av kapasitetsbehov mot 2040, basert på nye framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå og nye aktivitetstall fra NPR.

Parallelt med den videre planleggingen må Sykehuset Innlandet HF videreutvikle dagens virksomhetsmodell og organisasjon mot målbildet, og det er av avgjørende betydning at helseforetaket lykkes med sin økonomiske omstilling *SI mot 2022* slik at helseforetakets økonomisk bærekraft styrkes. Fagområder og funksjoner som kan og bør samles skal, så langt det er mulig, samles i forkant av en framtidig innflytting i nye bygg.

Investeringen i Sykehuset Innlandet HF er tatt med i de oppdaterte bærekraftberegningene for Helse Sør-Øst som er gjennomført knyttet til de planlagte sykehusprosjektene ved Oslo universitetssykehus HF. Investeringen vil også være med ved de framtidige årlige rullinger av økonomisk langtidsplan i Helse Sør-Øst. Administrerende direktør fastholder dermed at Sykehuset Innlandet HF er prioritert etter at nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF er ferdigstilt, dvs. i 2024. Konseptfasen skal starte i 2021 og planleggingsrammen er satt til 8,65 milliarder kroner (2018-kroner). Oppstart konseptfase forutsetter at den økonomiske situasjonen for Sykehuset Innlandet HF er slik at det kan etableres økonomisk bærekraft på helseforetaksnivå for byggeplanene.

Målbildet for Sykehuset Innlandet HF innebærer en vesentlig endring av sykehusstrukturen i Innlandet. Administrerende direktør anbefaler derfor at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.

Trykte vedlegg:

- Ingen

Utrykte vedlegg:

- Gjennomgang av idéfaseutredning framtidig sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet. Rapport fra felles arbeidsgruppe Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF. Januar 2019
- Tilleggsrapport til Sykehuset Innlandets idéfase. Sykehuset Innlandet HF. Oktober 2017
- Idéfaserapport: Fremtidig sykehusstruktur. Sykehuset Innlandet HF. November 2016