

Saksframlegg

Saksgang:

Møte	Møtedato
Styringsgruppemøte – Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF	09.03.2022

Sak 028-2022

Virksomhetsinnhold i Mjøssykehuset

Forslag til vedtak:

Styringsgruppen viser til vurderingene som er gjort av Sykehuset Innlandet HF og godkjenner en videre utredning av akutt indremedisin i elektivt sykehus på Elverum.

Saksopplysninger

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

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

Helse Sør-Øst RHF har forberedt saken og oppstart av konseptfasen gjennom to faser. I første fase ble virksomhetsinnholdet innenfor målbildet for Sykehuset Innlandet HF konkretisert i rapporten «Helse Sør-Øst RHF, Konkretisering av virksomhetsinnhold i Sykehuset Innlandet HF». I andre fase ble det igangsatt et utredningsarbeid som skulle gi grunnlag for lokalisering av ulike sykehus og vurderinger av økonomisk bærekraft. Rapporten «Helse Sør-Øst RHF, Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF» med anbefaling om struktur ble gjenstand for høring. Rapportene, høringsinnspillene og styrebehandlingen i Sykehuset Innlandet HF dannet grunnlaget for følgende styrevedtak i sak

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

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

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

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

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

4. Planleggingsrammen for etablering av ny sykehusstruktur er 8,65 milliarder kroner (2018-kroner). Styret tar til etterretning at videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF

vil medføre vesentlige økonomiske konsekvenser for helseforetaket. Det legges til grunn at Sykehuset Innlandet HF både i perioden før og etter byggeperioden bedrer det økonomiske resultatet og at det i konseptfasen utarbeides konkrete beregninger av økonomisk bæreevne og oversikt over gevinster.

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

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

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

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

Virksomhetsinnholdet i alternativet med Mjøssykehuset er detaljert beskrevet i Helse Sør-Øst RHF sin styresak 058-2021 og i rapportene som ligger til grunn for denne styresaken. Aktuelt i denne saken er en vurdering av tilbudet som legges til det elektive sykehuset jfr. punkt 2 i vedtaket:

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

Det elektive sykehuset på Elverum skal i tråd med vedtaket ha elektive indremedisinske senger, dagkirurgi, skadepoliklinikk, en samhandlingsarena og ny luftambulansbase. I henhold til styrevedtaket skal det i konseptfasen vurderes om det kan legges senger innenfor akutt indremedisin for et opptaksområde på om lag 50 000 innbyggere til det elektive sykehuset.

Helse Sør-Øst RHF startet høsten 2021 konseptfasen og arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. Vurdering av virksomhetsinnhold i alternativet med Mjøssykehuset er i henhold til plan for medvirkning behandlet med innspill fra divisjoner, tillitsvalgte (TV20), hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU) og tverrfaglig ekspertgruppe. Innspillene inngår i

grunnlaget for saken, sammen med vurderinger gjort i idéfasen i perioden 2015 til 2017 og i konkretiseringsarbeidet i perioden 2019 til 2021.

Faktorer som påvirker aktivitetsfordelingen

Oppdaterte framskrivninger

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

Den nasjonale framskrivningsmodellen for psykisk helsevern er endret etter forrige framskrivning. Den er utviklet med utgangspunkt i aktivitetstall fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). For å fange opp behov for helsetjenester, er det tatt utgangspunkt i Global Burden of Disease (GBD) ved Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) sine estimat av prevalens av ulike psykiske lidelser i Norge. Forekomst av sykdom i befolkningen blir sammenholdt med aktivitetsdata (NPR og KPR). Modellen korregerer for endringsbehov i dagens tjenestetilbud før demografisk utvikling framskrives. Resultatet justeres deretter basert på forventninger til endringer i pasientbehandling, nye oppgaver og bruk av ny teknologi. En bredt sammensatt faggruppe har deltatt i arbeidet med å utvikle modellen.

I forbindelse med godkjenning av Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst (styresak 114- 2018) ble det fastsatt et sett utnyttelsesgrader som skal legges til grunn for dimensjonering av sykehus. Utnyttelsesgradene som er benyttet i beregningen av arealbehov for Mjøssykehuset er i tråd med disse:

- 85 prosent utnyttelse av ordinære sengeplasser innenfor somatikk og psykisk helsevern for voksne
- 75 prosent utnyttelse av observasjonsplasser, pasienthotellsenger og senger til psykisk helsevern for barn og unge
- 80 prosent utnyttelse av senger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- 45 minutter konsultasjonstid for poliklinikk og 8 timer åpningstid og drift 230 dager i året for somatikk
- 75 minutter konsultasjonstid for poliklinikk og 8 timer åpningstid og drift 230 dager i året for psykisk helsevern

- 4 timers behandlingstid og drift 313 dager i året for medisinsk dagbehandling inkl. dialyse

I tabellen under presenteres framskrevet kapasitet for henholdsvis somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Sykehuset Innlandet HF. Somatikk inkluderer habilitering og rehabilitering. Pasienter behandlet ved Sykehuset Innlandet HF bosatt utenfor helseforetakets opptaksområde (gjestepasienter) er også inkludert i framskrivingene.

Tabell 1 Framskrevet aktivitet, foretaket samlet

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

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

Kapasitetsframskrivningene i rapporten «Helse Sør-Øst RHF Konkretisering av virksomhetsinnhold Sykehuset Innlandet HF», viste et samlet kapasitetsbehov i 2040 for Sykehuset Innlandet HF på 680 somatiske døgnplasser og 170 døgnplasser innenfor sykehusbasert psykisk helsevern og tverrfaglig spesialist rusbehandling. Framskrivningen i konseptfasen viser behov for 26 flere senger innenfor psykisk helsevern og TSB.

Endring av opptaksområde for akuttpsykehusene på Lillehammer og Tynset

I arbeidet med konkretisering av virksomhetsinnhold ble det lagt til grunn et opptaksområde for akuttpsykehuset på om lag 90 000 innbyggere og for Tynset på om lag 30 000 innbyggere. I Helse Sør-Øst sin styresak 058-2021 «*Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF*», er det lagt til grunn at Valdreskommunene ønsker å ha Mjøssykehuset som sitt lokalsykehus, og at befolkningen i Dovre og Lesja ønsker å tilhøre Lillehammer sitt opptaksområde. Helse Sør-Øst RHF viser i sin styresak til at heller ikke Engerdal kommune ønsker å bli inkludert i opptaksområdet til sykehuset på Tynset, mens Stor-Elvdal kommune ønsker å vurdere lokalsykehustilknytning etter at akutfunksjonene er endelig lokalisert. Med disse endringene vil opptaksområdet for akuttpsykehuset på Lillehammer være om lag 80 000 inkludert Dovre og Lesja, og opptaksområde for sykehuset på Tynset vil være om lag 23 000 innbyggere. Disse endringene medfører en økning av pasientvolumet og opptaksområdet for Mjøssykehuset sammenlignet med de opptaksområdene som ble lagt til grunn i arbeidet med konkretisering av virksomhetsinnhold.

Når man tar hensyn til endringer i opptaksområder, viser framskrivningene i konseptfasen behov for flere senger i Mjøssykehuset enn det som ble beregnet i konkretiseringsarbeidet. Årsaken til dette er endret modell for framskrivning av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som beskrevet over, samt endringene i opptaksområder.

Samlet sett viser framskrivningen behov for 934 senger i Sykehuset Innlandet, mot 913 senger i konkretiseringsarbeidet. Antallet senger i Mjøssykehuset er framskrevet til 649 senger mot 568 i konkretiseringsarbeidet. 26 senger forklares med endret framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB, mens resterende 55 senger forklares med endrede opptaksområder.

Tabell 2 under viser fordeling av framskrevet aktivitet i alternativet med Mjøssykehus etter justering av opptaksområder. Kolonnen for 2019 viser aktiviteten i 2019 fordelt på samme måte.

Antall senger fordelt på enheter	2019	2040
Elverum (med elektiv indremedisin og hotellsenger)	13*	15*
Elverum (med akutt indremedisin)	35	42
Mjøssykehuset somatikk (når Elverum har akutt indremedisin)	397	411
Mjøssykehuset psykisk helsevern og TSB	181	196
Lillehammer (lokalsykehus)	100	117
Tynset akutt (lokalsykehus)	40	39
LMS Nord-Gudbrandsdal (Otta)		10
LMS Hadeland (Gran)		10
LMS Valdres (Fagernes)		10
DPS	89	86
Total	886	934

Tabell 2: Framtidig kapasitetsbehov Sykehuset Innlandet HF 2019-2040 fordelt på enheter. (Sykehusbygg HF, 2022).

*I sengetallet for elektiv Indremedisin ved Elverum er hotellsenger for pasienter som får dagkirurgisk behandling tatt med (henholdsvis 6 og 7 hotellsenger for 2019 og 2040).

Framskrevet aktivitet ved det elektive sykehuset på Elverum er vist i tabellen som sengetall med og uten akutt indremedisin. Et alternativ med akutt indremedisin på Elverum gir en enhet med 57 senger (15+42).

Endring av brutto/netto-faktor

Ved de kommende arealberegningene i konseptfasen skal kapasitetsbehov i 2040 multipliseres med en arealnorm som er gitt i netto kvadratmeter per kapasitet. Eksempelvis utløser én seng et teoretisk netto arealbehov på om lag 32 m². De netto 32 m² omfatter et netto areal til sengerom på om lag 16 m² og et like stort arealbehov for nødvendige støttefunksjoner på sengeposten, eksempelvis skyllerom, medisinerom, personalerom, osv. Arealbehov for poliklinikk, operasjon og andre funksjonsområder kan beregnes på tilsvarende måte. Det er framskrevet kapasitetsbehov for funksjonene senger, operasjon, dagbehandling og poliklinikk. Disse utgjør til sammen om lag 50 prosent av netto arealbehov på et sykehus. De andre om lag 50 prosent av arealene er medisinske støttefunksjoner (billediagnostikk, laboratoriefunksjoner, osv.), ikke-medisinske støttefunksjoner (logistikk og service) og administrative funksjoner. I eksemplet med arealbehov for én seng må det tillegges et ytterligere areal for teknisk areal, transportareal og veggtykkelser. Dette utgjør et tillegg på omtrent det dobbelte av nettoarealet. Det samlede arealet inkludert disse arealene betegnes som bruttoareal. Dette tillegget betegnes brutto-/netto-faktoren. I konkretiseringsarbeidet var denne faktoren beregnet til 2,3.

Erfaringene fra nyere sykehusbyggprosjekter i regionen tilsier økt behov for fellesarealer og tekniske arealer i forhold til funksjonsarealer (økt brutto/netto-faktor). Beregninger viser at det kan være nødvendig å øke denne faktoren fra 2,3 til 2,4. Det vises i denne sammenheng til sak 030-2022 «Brutto/netto faktor til beslutning».

Planleggingsrammen for etablering av ny sykehusstruktur er 8,65 milliarder kroner (2018-kroner). En økning av brutto/netto-faktor til 2,4 vil gi rom for færre senger i Mjøssykehuset enn det som ble lagt til grunn i konkretiseringsarbeidet. Det vil gi behov for å legge ytterligere aktivitet utenfor Mjøssykehuset. I tidligere medvirkningsprosesser har det blitt vektlagt å prioritere de spesialiserte funksjonene til Mjøssykehuset, mens poliklinikk, dagkirurgi, merkantile funksjoner, ikke-medisinsk service, og eventuell ytterligere elektiv kirurgi og ortopedi kan vurderes lagt utenfor. Dette spørsmålet vil bli ytterligere behandlet når beslutningen om brutto/netto-faktor foreligger.

Vurdering av ulike løsninger i hovedalternativet –

Alternative med eller uten akutt indremedisin ved elektivt sykehus på Elverum

Forskjellen på de to modellene som skal utredes i alternativet med Mjøssykehus, er i henhold til vedtaket i Helse Sør-Øst sin sak 058-2021 «*Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF*», «*om det kan legges indremedisinske akutfunksjoner til det elektive sykehuset i Elverum for opptaksområdet som i dag har sykehuset i Elverum som sitt lokalsykehus*». Denne saken vil derfor fokusere på den faglige vurderingen av om dette er et ønskelig alternativ, eller om det vurderes å være en faglig bedre løsning å ha et rent elektivt sykehus.

Tabell 3 viser fordeling av aktivitet i de ulike behandlingsstedene i ny sykehusstruktur

	Behandlingssted						
	Mjøs-sykehus	Akutt-sykehus	Elektivt sykehus	Stråle-behandling	Tynset sykehus	LMS	Nett-basert
BEHANDLINGSTILBUD							
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 (3)	x	x			x		
Akutt kirurgi (4)	x	x			x		
Akutt ortopedi	x	x			x		
Elektiv døgnekirurgi	x	x			x		
Dagkirurgi	x	x	x				
Elektiv indremedisin	x	x	x		x	x	
Akutt indremedisin (5)	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) Fødselshjelp
 (4) Gastrokirurgi og generell kirurgi
 (5) Generell indremedisin, hjertemedisin, lungemedisin, infeksjonssykdommer, fordøyelsessykdommer og geriatri
 (*) Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tabell 3 Fordeling av aktivitet i de ulike behandlingsstedene i ny sykehusstruktur i 2040 (Helse Sør-Øst RHF, 2020)

I konkretiseringsarbeidet ble det gjort en skjønnsmessig vurdering av antall senger. De oppdaterte framskrivningene viser behov for 15 elektive senger for Elverums opptaksområde, ikke 30 som ble anslått i konkretiseringsarbeidet. I den utvidede modellen med akutt indremedisin ved det elektive sykehuset, viser den oppdaterte framskrivningen et behov for 42 akutte senger i tillegg til de 15 elektive sengene. Dette vil gi en enhet på 57 senger inkludert hotellsenger for pasienter med behov for overnatting før eller etter dagkirurgi.

Tidligere utredninger

Det har gjennom mange år, både nasjonalt og i Sykehuset Innlandet, pågått en faglig diskusjon om utfordringene ved sykehus med akutt indremedisin uten kirurgi. Erikstein-utvalget konkluderte i sin rapport «Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede» med at alle lokalsykehus med akuttfunksjoner som et minimum må ha indremedisinsk akuttberedskap på døgnbasis og at tilbudet i tillegg til indremedisinsk kompetanse, vil kreve bred akuttmedisinsk og intensivmedisinsk kompetanse med anestesileger i døgnerberedskap. (Erikstein-rapporten 2007.)

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019, beskriver også et sykehusnivå definert som akuttsykehus, med akutt indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi. Det finnes flere sykehus med slike løsninger i Norge, så det sentrale spørsmålet i utredningene har ikke vært om slike

modeller er faglig forsvarlige, men om det er faglig ønskelig og under hvilke betingelser slike sykehus kan etableres. Denne problemstillingen har vært diskutert og vurdert gjennom flere utredningsfaser. Med de korte avstandene som er i Mjøsregionen er det stilt spørsmål ved om det er hensiktsmessig å etablere en slik enhet, om tilbudet vil føre til mer oppstykket pasientforløp, eller om nærhet til tilbudet for pasientgrupper som eldre og kronikere i det aktuelle opptaksområdet, kan veie opp for ulempene med potensielt oppstykket pasientforløp.

Omstilling somatikk

I utredningsarbeidet «Omstilling somatikk» i Sykehuset Innlandet, med rapporter datert november 2014 og april 2015, ble faglige og kvalitetsmessige tiltak for omstilling av det somatiske pasienttilbudet i Innlandet vurdert. Det ble utredet løsninger hvor en samlet akuttfunksjoner innenfor kirurgiske fag til to av fire sykehus i Mjøsregionen, og hvor de to andre hadde akutt indremedisin. Det ble i utredningen anbefalt en modell med akutt indremedisin uten akuttilbud i gastrokirurgi samme sted, for i større grad kunne samle de kirurgiske fagområdene. Hovedbegrunnelsen var å sikre et tilstrekkelig pasientvolum i behandlingen, samt å legge til rette for mer robuste vaktordninger. En gjennomgang av antall akuttinnleggelser innen kirurgiske fagområder på kveld og natt viste at disse er vesentlig lavere enn for indremedisinske fagområder. Mange parallelle vaktordninger gir dermed dårlig ressursutnyttelse. Sett i sammenheng med behovet for kompetanse, vil en samling av kirurgiske funksjoner bidra til en bedre utnyttelse av de samlede personellressursene.

Det ble i utredningen diskutert tiltak som kan redusere ulempen ved ikke å ha tilbud innen akutt gastrokirurgi samme sted:

«Det kan være å opprette egen vaktordning for ortoped på Hamar og gastroenterologisk kirurg på Elverum, og da gjerne i kombinasjon med en viss elektiv kirurgisk virksomhet og poliklinisk virksomhet disse stedene innenfor disse spesialitetene. Et annet alternativ kan være å revitalisere dagens beredskapsordninger og senke terskelen for bruken av disse. Et tredje alternativ kan være å endre pasientstrømmene slik at utvalgte pasientgrupper kanaliseres til andre sykehus, eksempelvis slik som dagens avtale, støttet av fagråd gyn/føde, om at gravide med akutt buk ikke skal legges inn på Elverum, men på kvinneklinikken på Lillehammer.»

(Sykehuset Innlandet HF "Omstillingsarbeid somatikk" Tilleggsrapport til arbeidsgruppens sluttrapport fra november 2014, april 2015, side 19)

Idéfaseutredningen

I idéfasen i Sykehuset Innlandet ble det utredet fem alternativer av modellen med stort akuttpsykehus (hovedsykehus). I modellene var det i tillegg til hovedsykehuset to varianter av sykehus med akutt indremedisin. Den ene varianten hadde akutt indremedisin, anestesi og døgnekirurgi, den andre hadde akutt indremedisin, anestesi og dagkirurgi.

Det ble forutsatt at sykehus med kun indremedisinske akuttfunksjoner skal innrettes mot pasienter med tydelig eller kjent sykdomsbilde. De pasientene som kommer til sykehus med et uavklart eller sammensatt behov eller med mulige tilstander i grenselandet mellom indremedisin og kirurgi, skal henvises direkte til et sykehuset som har akuttfunksjon for både indremedisin og kirurgi. Det ble i utredningen vurdert enheter med akutt indremedisin med ulikt opptaksområde og sengetall (henholdsvis 33, 55 og 110 senger). Det ble i tillegg gjort økonomiske analyser av estimert driftseffekt, bæreevne og nåverdi i de ulike modellene. (Idéfaserapporten, kapittel 9)

Det ble i utredningsarbeidet beskrevet et dilemma med stadig økende spesialisering innen indremedisinen som vil gjøre det vanskelig for subspecialistene å opprettholde bred kompetanse innen akutt indremedisin. Den nye spesialiteten i akutt- og mottaksmedisin imøtekommer dette behovet. Leger med den nye spesialiteten er tenkt å ha hovedansvar for akuttmottak, inklusiv prioritering, diagnostisering og oppstart av behandling. Spesialisten skal kunne delta i de små sykehusenes vaktlag, og vil ha en kompetanse som er verdifull i en slik enhet.

I arbeidet med Idéfaseutredningen pekte flere fagmiljøer på utfordringer ved modeller med akutt indremedisin uten akutt gastrokirurgi. Det ble gjennomført en risikovurdering av denne utfordringen i de ulike alternativene. Når det gjelder alternativet med akutt indremedisin ved Elverum og/eller Lillehammer er dette vurdert å ha lav risiko med unntak av tre elementer som ble vurdert å ha moderat risiko:

- Risiko for at pasienten ikke blir møtt av tverrfaglig spesialisert kompetanse i mottak
- Risiko for transport til «feil» sykehus pga. økende funksjonsfordeling
- Risiko for redusert kvalitet i fag med avhengighet til kirurgi

I mulighetsanalysen ble alternativet beskrevet å kunne gi større bufferkapasitet ved ekstreme hendelser (flere sykehus med senger og personell) og gi kortere vei for noen indremedisinske pasienter.

Konkretiseringsarbeidet og vurderinger i Sykehuset Innlandet sin styresak 042-2021

I forbindelse med konkretiseringsarbeidet og vurdering av mulig aktivitet utenfor Mjøssykehuset, ble problemstillingen diskutert i fagkonferanse 15. oktober 2019 og, som en

oppfølging, i møte med lederne i de medisinske og helsefaglige fagrådene 6. desember 2019.

Fagrådene innenfor indremedisinske spesialiteter konkluderte med følgende syn i fagrådsledermøtet: «*Indremedisin ønsker ikke modeller hvor indremedisin ligger alene som akutfag.*» Andre spesialiteter mente imidlertid at denne løsningen vil sikre størst mulig grad av samling i Mjøssykehuset, hvis presset på arealer blir for stort. Det var enighet i gruppa om at det fortrinnsvis bør legges ut poliklinisk aktivitet, dagbehandling og elektive funksjoner, heller enn akutte tilbud.

Etter gjennomførte dialogmøter med kommuner og fylkeskommunen i Innlandet samt en høring i første kvartal 2021, vedtok Helse Sør-Øst RHF i styresak 044-2021 *Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF – oppsummering og vurdering av høringsinnspill* vurdering av et alternativ med akutfunksjoner for indremedisin til sykehuset i Elverum.

I styresak 042-2021 «*Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF Konkretisering av framtidig målbilde*» redegjør Sykehuset Innlandet for et slik alternativ:

«Hensynet til lengre reiseavstander for innbyggerne i Sør-Østerdal gir grunnlag for å vurdere om det skal legges akutfunksjoner for indremedisin tilsvarende dagens opptaksområde til sykehuset i Elverum. Et akuttsykehus vil gjøre at pasienter med vanlige tilstander som har behov for øyeblikkelig hjelp i sykehus, kan få det nærmere der de bor. En variant av denne løsningen ble utredet i idéfasen og har vært diskutert i arbeidet med konkretisering av virksomhetsinnhold.

Sykehuset i Elverum vil i et slikt alternativ ha sengepost for akutt indremedisin og en overvåkingsenhet for indremedisinske pasienter. Det vil i tillegg være et bredt poliklinisk og dagkirurgisk tilbud og skadepoliklinikk med utvidet åpningstid hvor en kan behandle og følge opp pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp ved for eksempel enklere sår- og bruddbehandling. Digitale løsninger kan brukes for alle fagområder i klinisk samarbeid med Mjøssykehuset.»

I det foreliggende alternativet med akutt indremedisin ved et elektivt sykehus på Elverum er det lagt til grunn dagkirurgiske og polikliniske tilbud innenfor gastrokirurgi. Dette vil gi en tilstedeværelse av gastrokirurgisk kompetanse på dagtid, noe som vil styrke tilsynsfunksjonen. Det er også forutsatt at de pasientene som kommer til sykehus med mulige tilstander i grenselandet mellom indremedisin og kirurgi skal henvises direkte til Mjøssykehuset, som har akutfunksjon for både indremedisin og kirurgi. Dette er tiltak som vil bedre det faglige tilbudet.

I forbindelse med styrebehandlingen ble de økonomiske beregningene fra idéfasen kvalitetssikret med vurderingene som er gjort i Helse Sør-Øst RHF sin utredning, og sammenlignet med erfaringer fra dagens drift. Dette ble lagt til grunn for vurderingene av driftsgevinster i alternativet. Det ble i alternativet med akutt indremedisin kalkulert med en utvidelse av vaktordningen innenfor indremedisin, radiologi og laboratoriefunksjoner, og en ny vaktordning i anestesi. De årlige merkostnadene ble beregnet til å være om lag 30 millioner kroner i forhold til alternativet med elektiv indremedisin i elektivt sykehus. (Sykehuset Innlandet, styresak 042-2021)

Det ble gjennomført en risikovurdering av alternativet. Løsningen ble vurdert å ha moderat risiko. Den innebærer et akutttilbud innen indremedisin uten den tverrfagligheten som er tilstede i de andre enhetene. Det er risiko for manglende helhetlige pasientforløp og manglende tverrfaglighet ved at pasienter under behandling må transporteres mellom sykehus. Alternativet er vurdert å gi små fagmiljø, særlig innenfor indremedisin, og kan gi reduserte muligheter til å tilby desentraliserte tjenester. Dette begrunnes med at løsningen krever flere vaktlag innenfor indremedisin, og dermed færre ressurser som kan frigjøres til pasientbehandling ved de desentraliserte spesialistpoliklinikkene.

Det ble i denne analysen ikke gjort en vurdering av muligheter i modellen, men det er beskrevet en fordel ved at pasienter med vanlige tilstander som har behov for helsehjelp kan få det nærmere der de bor.

Konseptfasen

Vurdering av virksomhetsinnhold i alternativet med Mjøssykehuset er i henhold til plan for medvirkning behandlet med innspill fra divisjoner, tillitsvalgte, hovedarbeidsmiljøutvalg og tverrfaglig ekspertgruppe. Det er kun divisjon Elverum-Hamar som har uttalt seg eksplisitt om alternativet med akutt indremedisinske senger til Elverum i den skriftlige innspillsrunden:

«Divisjon Elverum-Hamar er usikker på om plassering av akutt indremedisinske senger til Elverum vil sikre likeverdige helsetjenester jamfør innspill fra indremedisin Elverum. Det er lettere å kunne se for seg eventuelt en fem døgns elektiv sengepost knyttet til den elektive virksomheten. Det kan ligge godt til rette for flere typer pakkeforløp, tverrfaglig utredningsenheter og samarbeidsarena opp mot helsefellesskapet. Imidlertid gir et akutt indremedisinsk tilbud sammen med akuttmedisin på Elverum, en trygghet for Østerdalen i og med avstanden til Moelv, og sikrer aktivitet i et elektivt sykehus. Dersom en slik løsning velges må det være tilstrekkelig med akuttmedisinsk service og medisinsk overvåkning i Elverum. For de ansatte på Elverum, oppleves avstanden til Moelv utfordrende med tanke på pendleavstand og rekruttering.»

I divisjon Elverum-Hamar er de kirurgiske fagområdene i dag funksjonsfordelt med fagområdet gastrokirurgi lagt til Hamar. Det er indremedisinsk avdeling begge steder. Det rapporteres om svært få uheldige hendelser, og indremedisinerne på Elverum er trent i de vurderingene som må gjøres når det ikke er gastrokirurg til stede. Et samlet fagmiljø innenfor indremedisin har likevel uttrykt ønske om gastrokirurgisk tilstedeværelse også på Elverum. For å styrke tilsynsfunksjonen i alternativet med akutt indremedisin på Elverum, er det lagt til grunn gastrokirurgisk dagkirurgi og poliklinikk. I tillegg er det lagt til grunn en seleksjon av pasientene, slik at de pasientene som vurderes å ha tilstander i grenselandet mellom indremedisin og kirurgi skal henvises direkte til det sykehuset som har akutfunksjon.

Fagmiljøene i Innlandet ønsker færrest mulig enheter med akutfunksjoner utenfor Mjøssykehuset, basert på at dette kan føre til en mer utfordrende rekrutteringssituasjon. Samtidig vil en i alternativet med akutt indremedisin på Elverum, fortsatt få samlet de spesialiserte tilbudene i Mjøssykehuset, og de seksjonerte vaktordningene i indremedisin vil kun finnes der.

Divisjon Elverum-Hamar har i tillegg til den faglige svakheten, pekt på utfordringen med å bemanne en enhet i Elverum med vaktbærende døgntilbud i kombinasjon med Mjøssykehuset i Moelv. Divisjonen mener det er utfordrende å arbeide både i Moelv og Elverum på grunn av avstanden mellom disse to stedene, og at det kan bli utfordrende å rekruttere til en egen vaktordning for anestesileger i Elverum. Det samme hevdes om andre spesialiteter og andre yrkesgrupper. Det er i idéfaseutredningen pekt på utfordringer ved å bemanne mindre enheter. Dette må adresseres i den videre utredningen.

Alternativets fordeler oppsummert

- Pasienter fra Sør-Østerdal vil få kortere reisevei til helsetjenester som er rettet mot vanlige lidelser, ikke minst for eldre og kronikere
- En løsning med gastrokirurgisk dagtilbud vil styrke tilsynsfunksjonen for akutt indremedisin
- Fagmiljøet innen akutt indremedisin på Elverum er trent i å ikke ha gastrokirurgisk kompetanse samme sted
- Vil være positivt for rekruttering at sykepleierskolen ligger i Elverum
- Vi gi mulighet for gjenbruk av en større del av bygningsmassen
- Vil gi større aktivitet ved sykehuset på Elverum
- Kan gi større bufferkapasitet ved ekstreme hendelser
- Vil bidra til at prosjektet kan planlegges innenfor den økonomiske rammen

Alternativets ulemper oppsummert

- Flere fagmiljøer i Sykehuset Innlandet har uttrykt skepsis til sykehus med akutt indremedisin uten gastrokirurgisk kompetanse
- Pasienter vil ikke få tilgang til full faglig bredde ved innleggelsen
- Enkelte pasienter vil måtte overflyttes til Mjøssykehuset umiddelbart eller senere i forløpet
- Krever økte personellressurser til utvidet vaktordning innen indremedisin, lab og røntgen, samt ny vaktordning innen anestesi
- Krever at gastrokirurg må reise til Elverum for elektiv dagaktivitet
- Kan gi utfordringer med å rekruttere personell
- Kan gi reduserte muligheter til å desentralisere tjenester
- Gir økte årlige driftskostnader, overordnet beregnet til 30 millioner

Oppsummering

Sykehuset Innlandet har gjennom utredningsarbeidet lagt til grunn Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019, som beskriver et sykehusnivå definert som akutt sykehus med akutt indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi. Både i idéfasen og i konkretiseringsarbeidet ledet av Helse Sør-Øst RHF har denne problemstillingen vært diskutert i møter med fagmiljøer og ledere.

Det er gjennom utredningsarbeidet vist til faglige ulemper ved et alternativ med akutt indremedisin uten gastrokirurgisk kompetanse tilstede. Med en slik løsning vil det måtte være en seleksjon av pasienter som legges inn ved den indremedisinske avdelingen. Det må også forventes at en andel av pasientene vil måtte overflyttes til Mjøssykehuset senere i forløpet. Denne løsningen sprer den indremedisinske kompetansen, og vil ikke gi den faglige samlingen det indremedisinske fagmiljøet ønsker. Det presiseres at det er ressurskrevende å etablere enda en enhet med akuttfunksjoner, og at dette vil føre til at en større andel av ressursene blir benyttet i Mjøsområdet heller enn å frigjøres til desentrale tjenester.

Vurderinger av faglige forhold, rekruttering og driftsøkonomi, viser at det er utfordringer ved et alternativ med akutt indremedisin ved det elektive sykehuset. På den andre siden viser forutsetningene som er beskrevet, behov for å legge ut ytterligere areal fra Mjøssykehuset. Det er enighet i fagmiljøene i Sykehuset Innlandet om at det fortrinnsvis bør legges ut poliklinisk aktivitet, dagbehandling og elektive funksjoner, heller enn akutte tilbud. Samtidig vurderes det å være bedre å legge akutt indremedisin til et elektivt sykehus enn å flytte ut spesialiserte funksjoner fra Mjøssykehuset.

Andre hensyn, blant annet de endrede forutsetningene med ny framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, økt opptaksområde for Mjøssykehuset og en sannsynlig økt brutto/ netto-faktor, krever at en flytter en større andel aktivitet ut av Mjøssykehuset. Dette vil kunne gjøre at en må velge en slik løsning for å gjenbruke arealer, selv om de faglige, bemanningsmessige og økonomiske vurderingene taler imot det. Et utvidet alternativ med akutt indremedisin ved det elektive sykehuset på Elverum vil bidra til at prosjektet kan planlegges innenfor den økonomiske rammen.