

NOTAT

Til: Styringsgruppen for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF

Fra: Sykehuset Innlandet HF

Dato: 30.03.2022

Sak: Vedlegg til sak 040-2022 – Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet

Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet

Innstilling:

Sykehuset Innlandet HF anbefaler en videre utredning av null-pluss alternativ 2 der følgende funksjonsfordeling mellom sykehusene på Elverum og Hamar legges til grunn:

- a) Akutt indremedisin for lokalsykehusområdet Elverum og elektive funksjoner legges til sykehuset på Elverum.
- b) Akutt indremedisin for lokalsykehusområdet Hamar, fødselshjelp og kvinnesykdommer, barne- og ungdomsmedisin og akutte kirurgiske fag legges til erstatningssykehuset på Hamar.

Samlet anbefaling fra Sykehuset Innlandet HF

Sykehuset Innlandet har i tråd med styringsgruppesak 029-2022 behandlet i møtet 9. mars 2022 lagt følgende premisser til grunn for det videre arbeidet med virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet:

- Tilbudet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling videreføres som i dag, inkludert sykehuspsykiatrien
- De fagområdene som er samlet til ett sted i foretaket forblir samlet
- Elverum og Hamar beholder akuttfunksjon i alle alternativer

Saken har i tråd med vedtatt medvirkningsplan vært gjenstand for bred medvirkning i Sykehuset Innlandet HF. Brukerutvalget, divisjonenes ledergrupper, TV20, HAMU, fagråd, faggrupper, tverrfaglig ekspertgruppe, ledere av medisinske fagråd og helsefaglige faggrupper har gitt innspill. Foretakets ledergruppe har behandlet saken og gir en samlet tilråding.

Sammenlignet med dagens løsning vil både null-pluss alternativ 1 og 2 gi viktige faglige forbedringer.

Vurderinger av faglige gevinster alene taler for en videre utredning av alternativ 2, med samling av alle akuttfunksjoner i erstatningssykehuset på Hamar. Andre hensyn kan tale for at det bør vurderes en mindre grad av faglig samling og at null-pluss alternativ 2 utredes med akutt indremedisin og elektive funksjoner ved Elverum.

Alternativ 2 med akutt indremedisin på både sykehuset på Elverum og erstatningssykehuset på Hamar vil fortsatt gi to forholdsvis små indremedisinske avdelinger. Det forventes at det kan bli utfordrende på grunn av den medisinskfaglige utviklingen, med økende spesialisering og økende kompleksitet.

Det bør avklares om en justering av alternativ 2, hvor en samler all akutt indremedisin på erstatningssykehuset på Hamar, er en akseptabel løsning. Dette må vurderes ut fra tidligere vedtak, mandatet for konseptfasen og generelle rammer for null-pluss alternativet.

Saksopplysninger

Bakgrunn

Helse Sør-Øst RHF satte høsten 2021 i gang konseptfase i arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. I henhold til planen, godkjent av styringsgruppen 16. februar 2022, legges det opp til et nedvalg av null-pluss alternativ i styringsgruppens møte 6. april 2022. Dette innebærer et valg av hvilket null-pluss alternativ som skal detaljeres ytterligere fram mot beslutningspunkt B3A (dvs. valget mellom alternativet med Mjøssykehuset og null-pluss alternativet) i styringsgruppens møte 8. august 2022.

Vurdering av virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet er i henhold til medvirkningsplanen behandlet med innspill fra brukerutvalget, divisjoner, TV20, HAMU og tverrfaglig ekspertgruppe. Det er gjennomført medvirkning i saken i to innspillsrunder, i januar og mars 2022. I mars 2022 ble også fagråd og faggrupper invitert til å gi skriftlige innspill. Saken er i tillegg diskutert i møte med tverrfaglig ekspertgruppe, og i møte med ledere av medisinske fagråd og helsefaglige faggrupper før ledergruppen har gitt en samlet anbefaling. Dette materialet danner samlet grunnlag for saken.

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

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

Helse Sør-Øst RHF har forberedt saken gjennom to faser. I første fase ble virksomhetsinnholdet innenfor målbildet for Sykehuset Innlandet HF konkretisert i rapporten «Helse Sør-Øst RHF, Konkretisering av virksomhetsinnhold i Sykehuset Innlandet HF». I andre fase ble det igangsatt et utredningsarbeid som skulle gi grunnlag for lokalisering av ulike sykehus og vurderinger av økonomisk bærekraft. Rapporten «Helse Sør-Øst RHF, Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF» med anbefaling om struktur ble gjenstand for høring. Rapportene, høringsinnspillene og styrebehandlingen i Sykehuset Innlandet HF dannet grunnlaget for følgende styrevedtak i sak 058-2021 «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF» i Helse Sør-Øst RHF 28. mai 2021:

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

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

a. Mjøssykehus med en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, lokalisert til Moelv.

b. Stort akutt sykehus med gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi, fødetilbud og akutt indremedisin lokalisert i Lillehammer.

c. Elektivt sykehus med indremedisinsk profil, dagkirurgi og skadepoliklinikk lokalisert i Elverum sammen med en samhandlingsarena og ny luftambulansbase.

d. Akuttsykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi.

e. Lokalmedisinske sentra lokalisert til Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Hadeland.

f. Distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.

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

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

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

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

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

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

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

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

«Null-pluss alternativet skal omfatte:

a) Videreføring av sykehusene i Lillehammer og Gjøvik som store akuttsykehus.

b) Erstatningssykehus for sykehuset i Hamar med en hensiktsmessig funksjonsfordeling med sykehuset i Elverum.

c) Akuttsykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi.

d) Lokalmedisinske sentra lokalisert til Nord-Gudbrandsdal og Valdres, samt polikliniske tilbud på Hadeland.

e) Distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.

f) Styringsgruppen vurderer eventuelle tilpasninger som er nødvendige for å opprettholde og videreutvikle et faglig forsvarlig tilbud, etter innspill fra Sykehuset Innlandet HF.

Et null-pluss alternativ skal utredes i henhold til Veileder for tidligfasen for sykehusbyggprosjekter (2017), med referanse til Finansdepartementets rundskriv R-

109/14. Null-pluss alternativet må inneholde nødvendige tiltak slik at forsvarlig drift kan opprettholdes og framtidig kapasitetsbehov ivaretas. Videre må et null-pluss alternativ ha en levetid som er tilsvarende andre alternativer som utredes i konseptfasen. Dette betyr at tilbygg/nybygg for å håndtere framtidig kapasitetsbehov og eventuelt som erstatning for utdatert bygningsmasse må inkluderes i et reelt null-pluss alternativ.»

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

Oppdaterte framskrivninger av aktivitet og kapasitetsbehov

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

I tråd med føringer fra Helse Sør-Øst RHF er utnyttelsesgrader beskrevet i Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst (Helse Sør-Øst RHF styresak 114- 2018) lagt til grunn for beregning av areal både for Mjøssykehuset og for erstatningssykehuset i null-pluss alternativet:

- 85 prosent utnyttelse av ordinære sengeplasser innenfor somatikk og psykisk helsevern for voksne
- 75 prosent utnyttelse av observasjonsplasser, pasienthotellsenger og senger til psykisk helsevern for barn og unge
- 80 prosent utnyttelse av senger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- 45 minutter konsultasjonstid for poliklinikk og 8 timer åpningstid og drift 230 dager i året for somatikk
- 75 minutter konsultasjonstid for poliklinikk og 8 timer åpningstid og drift 230 dager i året for psykisk helsevern
- 4 timers behandlingstid og drift 313 dager i året for medisinsk dagbehandling inkl. dialyse

Sammenlignet med framskrivningen fra 2018 viser den nye framskrivningen behov for 28 færre senger innenfor somatikk og 50 flere senger innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for foretaket som helhet. I disse tallene er døgnplassene ved DPS og LMS inkludert. Kapasitetsbehov i 2018 er i denne sammenligningen et beregnet behov basert på dagens aktivitet, men med vedtatte utnyttelsesgrader som beskrevet over.

Det foreslås ikke strukturendringer innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i null-pluss alternativet utover at det anbefales å legge et DPS med døgnplasser og poliklinikk til erstatningssykehuset, slik det er i DPS ved de somatiske sykehusene på Gjøvik og Lillehammer. Endringer i sengetallet for øvrig antas å kunne ivaretas i dagens bygningsmasse, da framskrivningene viser et behov som tilsvarer dagens faktiske senger i bruk. Eventuelle kostnader til rehabilitering og tilpasning vil bli kalkulert og tatt med i beregningen av null-pluss alternativet.

Avgrensning av utredningsalternativer i null-pluss alternativet

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

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

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

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

For å sikre tilstrekkelig bredde i inngangen til diskusjonen om hvilke alternativer som bør utredes i konseptfasen for fag- og funksjonsfordelingen mellom sykehusene på Elverum og Hamar, presenterte Sykehuset Innlandet fem alternativer som utgangspunkt for medvirkningsprosessen.

Disse vises i tabell 1.

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

Tabell 1 Fordeling av virksomhetsinnhold i fem tenkte null-pluss alternativ

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

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

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

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

Innspill til virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet – januar 2022

Det ble i løpet av januar gitt skriftlige innspill til virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet fra Brukerutvalget, ledergruppen, divisjonenes ledergrupper, TV20, HAMU og tverrfaglig ekspertgruppe.

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

- En bør holde fast ved dagens modell med mindre justeringer (alternativ 2 eller 3)
- All akuttbehandling bør samles til ett sted (alternativ 4 eller 5)
- Døgnfunksjonen innen ortopedi kan deles med akutt- og dagkirurgi ett sted og elektiv døgnortopedi og dagkirurgi et annet sted
- En kan dele volumet både innen elektiv kirurgi og elektiv ortopedi
- Barne- og ungdomsmedisin, kirurgi på barn og ØNH bør være samlokalisert
- ØNH og øye bør være samlet og samlokalisert
- Bryst- og endokrinkirurgi / BDS bør ikke flyttes
- En flytting av tilbudet innen rehabilitering fra Ottestad til Elverum vil føre til en fragmentering av fagmiljøene og en ytterligere distansering til akuttmiljøene i SI sammenliknet med dagens situasjon. Det vil også gi økt reisevei for et stort antall pasienter som mottar polikliniske tilbud i seksjonene på Ottestad. Poliklinikkene gir tilbud som pasientene i hele SI sitt opptaksområde sogner til, samt noen regionale tilbud.
- Så langt det er mulig bør det legges til rette for samling av somatikk og psykisk helsevern også i et null-pluss alternativ
- Føringen om å flytte elektiv kirurgi til Tynset med mål om å øke aktiviteten der, kan skape utfordringer knyttet til at elektiv aktivitet deles mellom mange geografiske lokalisasjoner. Dette kan ha konsekvenser for tilstrekkelig pasientvolum, og gir et utdanningsløp der LIS leger i kirurgi må delta i både elektiv kirurgi og øyeblikkelig hjelp kirurgi i sin spesialisering på flere lokalisasjoner.

I tillegg til disse innspillene ga divisjon Elverum-Hamar et konkret innspill til to varianter av null-pluss alternativ som ble foreslått utredet. Disse alternativene ivaretar i stor grad innspillene som er beskrevet over.

Alternativ 1 er relativt likt dagens funksjonsfordeling, men hvor akutt ortopedi flyttes til Hamar for å ivareta traumefunksjonen ved erstatningssykehuset. Alternativ 2 medfører en større endring ved at akuttfunksjoner samles ved erstatningssykehuset. Dette alternativet innebærer flytting av akuttfunksjoner innenfor ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, barn- og ungdom, og øre-nese-hals til Hamar.

I begge alternativer er volumet innenfor ortopedi delt, med akutt ortopedi på Hamar, mens elektiv ortopedi beholdes på Elverum. I begge alternativer er det også overført gastrokirurgisk dagaktivitet til Elverum for å bedre tilsynsfunksjonen for de øvrige fagområder. I tråd med de prinsippene som er lagt til grunn for null-pluss alternativet, er akutt indremedisin med akuttmedisinsk beredskap og intensivenhet med tilhørende bildediagnostikk og laboratoriefunksjoner opprettholdt begge steder.

Tabell 2 viser forslag fra divisjon Elverum-Hamar til fordeling av virksomhetsinnhold i to alternativer

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

Tabell 2 Fordeling av virksomhetsinnhold i to alternativ foreslått av divisjon Elverum-Hamar (januar 2022).

Divisjon Elverum-Hamar peker i tillegg på fordelene ved å inkludere fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehuset i Elverum. Dette avviker fra divisjon Habilitering og rehabilitering sitt innspill, hvor divisjonen argumenterer mot en slik løsning.

Innspill til virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet – mars 2022

Det er i løpet av mars gitt skriftlige innspill til null-pluss alternativet fra Brukerutvalget, divisjonenes ledergrupper, TV20, HAMU, fagråd, faggrupper og tverrfaglig ekspertgruppe. I tillegg er det avholdt møter med ledere av medisinske fagråd og helsefaglige faggrupper.

Det ble bedt om innspill til to spørsmål:

1. Hvilket null-plussalternativ bør velges for en ytterligere detaljering fram mot beslutning om hovedalternativ i august 2022?
2. Bør det gjøres endringer i virksomhetsinnholdet i dette alternativet? I så fall hvilke endringer?

Avgrensning

Mange interne organer og fagmiljøer har i sine innspill ikke bare besvart de konkrete spørsmålene, men argumentert for at null-pluss alternativet ikke løser de utfordringene Sykehuset Innlandet står overfor.

Temaet i denne saken er avgrenset til hvilket null-pluss alternativ som skal utredes videre. Innspill som gjelder alternativet med Mjøssykehus vil ikke bli behandlet her. Organisasjonen vil bli invitert til å vurdere fordeler og ulemper i alternativet med Mjøssykehus versus null-pluss alternativet i en egen prosess i mai 2022. De innspillene som er gitt i januar og i mars angående dette temaet, vil bli vurdert i den sammenhengen.

Uttalelse fra Brukerutvalget

I tillegg til innspill fra organisasjonen, har Brukerutvalget har gitt en uttalelse. Denne gjengis i sin helhet:

«Vi er bedt om å uttale oss om virksomhetsinnholdet i null-pluss alternativet, men vi vil ved enhver anledning slå fast at det er hovedalternativet med Mjøssykehuset som imøtekommer våre krav. I arbeidet med fremtidig sykehusstruktur har Brukerutvalget hatt en klar linje med tanke på hva som bør oppnås til pasientens beste. Da er funksjonsfordeling er ikke ønskelig. Våre tidligere uttalelser anvendt på null-pluss alternativet ser slik ut:

- Spesiallistfunksjoner og fagområder må samles slik at pasienter kan få utført behandlingen på samme sted i et behandlingsforløp*
- Ved behov er det bedre at helsepersonell og eller utstyr forflyttes enn at pasienten belastes*
- Nye teknologiske løsninger må tas i bruk i hele pasientforløpet, inkl i pasientens hjem*

I notatet av 7. mars beskrives virksomhetsinnholdet i de to alternativene i tabell 5 og 6. For BU synes det som om alternativ 1 i tabell 5 er å foretrekke. Bl.a. fordi traumefunksjonen forbedres og at alternativet representerer en begrenset justering av dagens funksjonsfordeling. For å kunne vurdere om det bør gjøres endringer i innen alternativet kreves det mer detaljert kunnskap om de medisinske fagområdene enn vi besitter. Vi er opptatt av at den gjensidige avhengigheten mellom fagområder i størst mulig grad imøtekommes innen samme sykehus.»

Beskrivelse av null-pluss alternativet

Saken omhandler vurdering av

- *«Erstatningssykehus for sykehuset i Hamar med en hensiktsmessig funksjonsfordeling med sykehuset i Elverum», som angitt i mandatets beskrivelse av null-pluss alternativet i punkt b).*
- *«Akuttsykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi» (punkt c)*
- *«Distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland». (punkt e)*

Innspillene som har framkommet til disse temaene vurderes å være relevante og viktige i en belysning av null-pluss alternativet totalt sett. Temaene vil bli behandlet i den nevnte rekkefølge.

Erstatningssykehus for sykehuset i Hamar med en hensiktsmessig funksjonsfordeling med sykehuset i Elverum

Et stort flertall av innspillene argumenterer for at foretakets mål om å samle fagmiljøer også bør gjøres gjeldende i null-pluss alternativet, og at alternativ 2 bør utredes videre. Det anbefales samtidig flere endringer i dette alternativet, som omtales nedenfor.

Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativ 1

Tabell 3 viser virksomhetsinnhold null-pluss alternativ 1.

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

Tabell 3 Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativ 1

I alternativ 1 flyttes akutt ortopedi fra Elverum til erstatningssykehuset i Hamar for å bedre det samlede traumetilbudet. Elektiv døgnbehandling innen ortopedi beholdes på Elverum, mens ortopedisk dagkirurgi og poliklinikk fordeles utfra de respektive opptaksområdene for Elverum og Hamar.

Det legges dagtilbud innen gastrokirurgi / generellkirurgi til Elverum for å bedre tilsynsfunksjonen for indremedisin og gynekologi.

Alle andre tilbud ved Elverum og Hamar videreføres som i dag.

Dette alternativet representerer en mindre justering av dagens funksjonsfordeling. Alternativet vil bedre traumetilbudet på Hamar, og det vil bedre tilsynsfunksjon for akutt indremedisin og gynekologi på Elverum. Alternativet vil også sikre gastrokirurgisk og gynekologisk samhandling ved elektive operative inngrep.

Null-pluss alternativ 1 har samlet sett liten støtte i innspillene som er mottatt fra organisasjonen. Divisjonsledelsen i Elverum-Hamar vurderer alternativ 1 som lite hensiktsmessig vurdert fra et medisinskfaglig ståsted med forventet framtidig utvikling, men presiserer at løsningen som ligger tett opp til dagens funksjonsfordeling sikrer forsvarlig drift i dag. De sier videre: «Ut fra vanlige kvalitetsmål driver divisjonen med høy faglig kvalitet i dagens struktur med funksjonsfordeling, blant annet med gode tall på 30 dagers mortalitet.»

Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativ 2

Tabell 4 viser virksomhetsinnhold i null-pluss alternativ 2.

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

I null-pluss alternativ 2 blir tilbudet innen akutt og elektiv indremedisin, inkludert poliklinisk aktivitet, i stor grad opprettholdt på Elverum.

Akuttmottak, intensiv, laboratoriefunksjoner og bildediagnostikk videreføres som i dag. Tilstander som krever nyre-medisinsk vaktkompetanse legges til Hamar, mens dialyseenheten på Elverum opprettholdes som et dagbehandlingstilbud.

Tabell 4 Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativ

Akutte tilbud innen ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, barne- og ungdomsmedisin med nyfødtmedisin og øre-nese-hals flyttes fra Elverum til Hamar, og vil bli samlokalisert med karkirurgi, urologi, bryst- og endokrinkirurgi og plastikkirurgi. Det legges som i alternativ 1 til rette for tilsynskompetanse innen gastrokirurgi ved sykehuset i Elverum.

Poliklinisk tilbud innen barne- og ungdomsmedisin og fødselshjelp og kvinnesykdommer, fordeles utfra de respektive opptaksområdene for Elverum og Hamar. Det samme gjøres for dagkirurgisk aktivitet innen fagområdene kvinnesykdommer, ortopedi og gastrokirurgi.

Alternativ 2 representerer en større endring i forhold til dagens funksjonsfordeling i divisjon Elverum-Hamar. Med unntak av tilbudet innen akutt indremedisin og øyefaget, flyttes alle akuttfunksjoner til Hamar. Med ortopedi i tillegg til det allerede sterke kirurgiske miljøet på Hamar med gastrokirurgi, urologi, karkirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, plastikkirurgi og intervensjonsradiologi, er forholdene lagt til rette for et bedre og langt mer komplett tilbud til traumepasientene enn Sykehuset Innlandet hittil har kunnet tilby.

Innspill til modellen

Akutt indremedisin bør samles i erstatningssykehuset

Divisjon Elverum-Hamar stiller spørsmål ved forutsetningen om at begge sykehus skal ha akuttfunksjon. Denne forutsetningen er foreløpig lagt til grunn av prosjektgruppen utfra en tolkning av vedtak og mandat, samt en normalforståelse av null-pluss alternativet utfra beskrivelser i veileder og rundskriv. Spørsmålet om akuttfunksjon i de to sykehusene er ikke særskilt omtalt hverken i beskrivelsen av null-pluss alternativet i Helse Sør-Øst sin styresak 058-2021 eller i mandatet for konseptfasen.

Divisjon Elverum-Hamar peker på at det er to forholdsvis små og komplementære indremedisinske avdelinger, med en stor grad av funksjonsfordeling. Divisjonen påpeker at dette gir både faglige og driftsmessige utfordringer, og at denne situasjonen vil forbli uendret i alternativet. Det indremedisinske fagmiljøet i divisjonen mener avdelingene hver for seg vil være for små til at det er realistisk å innføre seksjonert vakt i de indremedisinske fagfeltene. I

begge null-pluss alternativene ligger det en større grad av samling av de akutte kirurgiske funksjonene på ett sted. Dette mener det indremedisinske fagmiljøet vil innebære et økt behov for indremedisinske perioperative vurderinger og håndtering av indremedisinske komplikasjoner til kirurgi, særlig innen kardiologi, og vil ytterligere øke behovet for en seksjonert vaktordning. De mener videre at en samling vil virke styrkende på rekrutteringen og bedre utdanningen til de indremedisinske spesialitetene. Divisjonsledelsen og fagmiljøene i divisjon Elverum-Hamar etterspør en vurdering av om sykehuset på Elverum kan endres fra akuttstusykehus til et elektivt sykehus i null-pluss alternativ 2

I møtet med fagrådsledere og ledere av helsefaglige fagråd, ble det påpekt at en slik samling vil gjøre null-pluss alternativet bedre faglig sett. Andre påpekte at en slik endring vil gi en «tre-sykehusmodell» som ligner en av modellene som ble utredet i Idéfasen med et nytt sykehus for Elverum-Hamar lokalisert til Sanderud, poliklinikk og dagtilbud på Elverum, og store akuttstusykehus på Gjøvik og Lillehammer.

Ortopedi delt med akuttfunksjon på Hamar og elektiv funksjon på Elverum

Det ortopediske miljøet i divisjon Elverum-Hamar støtter modellen med delt akutt og elektiv funksjon innen ortopedi. I en slik modell er den akutte seksjonen for ortopedi på Hamar og den elektive seksjonen for ortopedi på Elverum en del av den samme avdelingen for ortopedi, og driftes i tett samarbeid som én felles enhet. Miljøet vurderer at det ikke vil være et problem å fordele personell mellom sykehusene i Elverum og Hamar med kun tre mils reisevei mellom sykehusene. Det pekes på flere gode eksempler (Lovisenberg, Moss, Martina Hansens Hospital) på elektive ortopediske sykehus som ligger for seg selv, og som drifter effektivt med god faglig kvalitet. Fagråd karkirurgi mener på sin side at man kan vurdere å flytte noe elektiv ortopedi fra Elverum til Hamar for å få større volum der. Faggruppe akuttmottak stiller spørsmål ved om volumet innen ortopedi er stort nok når akutt ortopedi skal flyttes til Hamar og det fortsatt skal være ortopedisk drift på Elverum, da dette gir flere ortopediske enheter i foretaket enn i dag.

Nyremedisin og nevrologi

Fagråd karkirurgi mener at nyremedisinsk seksjon inkludert dialyseenheten bør flyttes fra sykehuset på Elverum til erstatningssykehuset på Hamar og mener samtidig at nevrologisk enhet bør flyttes fra Elverum til Hamar. Samtidig mener de at karkirurgisk dagkirurgi kan flyttes fra Hamar til Elverum. Fagråd i nyremedisin mener dialyseenhet for planlagt dialyse og nyremedisinsk poliklinikk kan opprettholdes på Elverum, mens vaktordning og sengeplasser bør legges til Hamar der akuttfunksjonene innen gastrokirurgi, karkirurgi og urologi er lokalisert.

Divisjon Gjøvik-Lillehammer og nevrologisk avdeling støtter behovet for å flytte nevrologisk enhet til Hamar i null-pluss alternativ 2. Det begrunnes med at nevrologi er et akutfag som krever tett samarbeid med fagområdene øye, øre-nese-hals, barne- og ungdomsmedisin og indremedisin, og bør ligge der disse fagene er.

Øyeavdelingen

Avdelingen mener øyefaget, som er et kirurgisk fag, bør være der resten av kirurgien er lokalisert, dvs. på sykehuset på Hamar. Miljøet vurderer at volumet ikke er tilstrekkelig stort til å ha aktivitet på mer enn to steder. (Øyeavdelingen har i dag drift på SI Elverum og SI Lillehammer)

Øre-nese-hals (ØNH)

Fagmiljøet på Elverum mener en samling av akuttfunksjonene på erstatningssykehuset på Hamar vil gi store faglige forbedringer. ØNH vil være tilgjengelig i traumemottak av pasienter med ansiktstraumer, og tilbudet innen ØNH vil styrkes ved at et samarbeid med bryst- og endokrinkirurgene og karkirurgene muliggjøres.

Anestesi og akuttmottak

Akuttmedisin i divisjon Elverum-Hamar argumenterer for en så stor samling av akutfunksjoner som mulig. Dette fordi akutfunksjonene og deres omfang i stor grad påvirker ressursbruk både av lege - og sykepleieårsverk knyttet til vakt eller ubekvem arbeidstid. De vurderer at alternativ 2, slik det er beskrevet, vil gi en større samling av akutfunksjoner ett sted, men at intensivfunksjonen på Elverum blir tilnærmet uendret ved opprettholdelse av akutt indremedisin på Elverum. Dette utfra at indremedisinske pasienter utgjør den største andelen pasienter på intensiv. Slik alternativ 2 er skissert vil dette kreve anestesilege i tilstedevakt, selv om operativ virksomhet bare blir elektiv.

Faggruppe akuttmottak mener det ikke er tilstrekkelig med hjemmevaktløsning for anestesisykepleiere på Elverum. Akutt indremedisin på Elverum vil gi behov for anestesistøtte ved teammottak i akuttmottaket og ved akutte hendelser på sengepostene. Ved å flytte øvrige akutfunksjoner fra Elverum til Hamar, mener faggruppen den faglige bredden for dette fagområdet blir redusert på Elverum. Faggruppen mener dette kan påvirke fremtidig rekruttering til Elverum.

Rekruttere og beholde ansatte på sykehusene i Elverum og Hamar

Fra 2006 har divisjon Elverum Hamar videreutviklet et nært samarbeid mellom sykehusene. Divisjonen vurderer forholdet til rekruttere og beholde medarbeidere slik:

«Det er etablert i organisasjonens kultur å samarbeide godt og å arbeide på begge sykehus. Det er i tillegg kort avstand mellom sykehusene. Ledergruppen i divisjonen er av den oppfatning at vi faglig sett er modne for å videreutvikle de to sykehusene videre i retning av et akutt sykehus og ett elektivt sykehus med svært tett samarbeid mellom de to enhetene og at mange medarbeidere arbeider begge steder. Ledergruppen i divisjon Elverum Hamar er av det syn at det er mange fordeler med en ren elektiv enhet i form av enklere og mer strømlinjeformet organisering med færre avbrytelser. Mange medarbeidere fremhever også fordelene av å arbeide på en elektiv enhet som vil medføre behov for dagarbeid og dagstillinger som anses attraktivt. En rotasjon mellom akuttenheten og den elektive enheten for flere medarbeidere anses uproblematisk i og med at avstanden mellom Elverum og Hamar kun er 30 km og fordi samarbeid mellom de to enhetene allerede er godt etablert i organisasjonens kultur og at vi er en del av et felles arbeidsmarked.»

Foretaket har definert området rekruttere og beholde personell, som et strategisk satsningsområde i virksomhetsstrategien. Det jobbes målrettet med tiltak for å redusere turnover og bedre rekrutteringsevnen.

Samlet turnover i Sykehuset Innlandet er 16,2 prosent. Sykehuset Innlandet har de siste årene gjennomført sluttundersøkelse for å kartlegge hvorfor ansatte slutter. Av de som sluttet i 2021 besvarte 59 prosent sluttundersøkelsen. Resultatene for divisjon Elverum-Hamar for 2021 viser at 29 prosent av de som gikk over i annet lønnet arbeid startet i kommunen eller fylkeskommunen, 38 prosent i privat sektor og 21 prosent andre helseforetak. For alle yrkesgrupper samlet, har Hamar har en turnover på 19,8 prosent, mens turnover på Elverum er 17,0 prosent.

Tabell 5 viser turnover totalt for Elverum og Hamar

Total turnover					
Lokasjon/år	2017	2018	2019	2020	2021
Hamar - Ekstern turnover	2,9 %	2,5 %	3,5 %	2,5 %	3,0 %
Hamar - Intern turnover	12,0 %	11,7 %	12,5 %	12,7 %	16,9 %
Hamar - Total turnover	14,9 %	14,2 %	16,0 %	15,2 %	19,8 %
Elverum -Ekstern turnover	3,4 %	4,1 %	3,2 %	2,9 %	4,2 %
Elverum - Intern turnover	6,1 %	11,6 %	8,4 %	10,4 %	12,8 %
Elverum - Total turnover	9,5 %	15,7 %	11,6 %	13,3 %	17,0 %

Tabell 5 Turnover totalt for Elverum og Hamar

Oversikt over turnover for foretaket samlet, og turnover innenfor stillingsgruppene sykepleiere, spesialsykepleiere, overleger og LIS i perioden 2017 til 2021 ved sykehusene på Hamar og Elverum er vist i vedlegg 1.

Ledelsen i divisjon Elverum-Hamar har gitt en samlet vurdering av alternativ 2:

«På grunnlag av disse forhold ønsker flertallet i ledergruppa en løsning i tråd med modell 2, der erstatningssykehuset på Hamar er lokalisert på aksene Elverum –Hamar, der Sanderud regnes inn. Hovedbudskapet i tilbakemeldingene er imidlertid på faglig basis at den mest hensiktsmessige funksjonsfordelingen er å dele inn i et akuttssykehus (Erstatningssykehus for Hamar) og et elektivt sykehus (Elverum). Indremedisin Elverum ønsker ikke å støtte modell 2, hvis ikke også akutt indremedisin da samles i erstatningssykehuset på Hamar, fordi indremedisin også slik som de kirurgiske fag krever en større grad av samling. En akutttenhet på Elverum selv med en overvåkning og tilsynsfunksjoner, vil ikke være fremtidsrettet, kunne medføre uønsket variasjon i kvalitet og være utfordrende å rekruttere til. Modell 1 er ikke hensiktsmessig vurdert fra et medisinskfaglig ståsted, men er ikke uforsvarlig da den ligger tett opp til dagens funksjonsfordeling. Ut fra vanlige kvalitetsmål driver divisjonen med høy faglig kvalitet i dagens struktur med funksjonsfordeling, blant annet med gode tall på 30 dagers mortalitet.

Vår anbefaling av modell 2, er en faglig anbefaling begrunnet med behov for samling av akutfunksjoner under samme tak på grunn av den medisinskfaglige utviklingen. Andre enn rent faglige verdier, er verdier som lokale samfunnsverdier herunder lokal sysselsetning, nærhet til akutfunksjoner og andre samfunnsmessige forhold. Ulike aktører vil vekke ulike hensyn ulikt avhengig av hvilke verdier som tillegges størst vekt. Det har vi respekt for.»

Akuttsykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi

Denne føringen er gitt i vedtak i sak 058-2021 «Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF» i Helse Sør-Øst RHF 28. mai 2021. Den samme føringen er gitt i mandatet for konseptfasen, datert 13. desember 2021.

Divisjon Tynset stiller spørsmål ved om det kirurgiske volumet bør komme fra opptaksområdet til Elverum-Hamar, eller om utgangspunktet bør være hele foretakets opptaksområde. Det stilles i flere innspill spørsmål ved om det er tilstrekkelig volum i foretaket til fem ortopediske og fire kirurgiske avdelinger, og om det i tillegg til elektiv kirurgi finnes andre virkemidler som kan bidra til å styrke tilbudet på Tynset.

Anbefaling etter vurdering av innspill

Det ble i rapporten «Konkretisering av virksomhetsinnhold» lagt til grunn et opptaksområde for Tynset på om lag 30 000 innbyggere. Det ble beskrevet at «En utvidelse av opptaksområdet vil også redusere sårbarhet ved uforutsett fravær og gi mulighet for kollegastøtte og faglig dialog

innen fagfeltene.» Når en økning av opptaksområdet har vist seg å ikke være ønsket av de berørte kommunene, vil opptaksområde være om lag 23 000 innbyggere. Her vises det til behandlingen av dette temaet i Helse Sør-Øst i sin styresak 058-2021. Dette vil gi en lavere øyeblikkelig hjelp-aktivitet på Tynset, og dermed ytterligere behov for å overføre kirurgisk og ortopedisk aktivitet. Alternativt må en iverksette andre tiltak for redusere sårbarhet ved uforutsett fravær, og gi mulighet for kollegastøtte og faglig dialog.

Det legges i tråd med styresak 058-2021, til en styrking av Tynset med mer elektiv kirurgi fra hele Innlandets opptaksområde. Dette vil bidra til å sikre mer robuste vaktlinjer innen generell kirurgi og ortopedi.

Distriktpsykiatriske sentre med døgntilbud og poliklinikk

Divisjonsledelsen i Psykisk helsevern understreker at DPS døgn- og polikliniske funksjoner må være med i virksomhetsinnholdet i begge null-pluss alternativene. Konkret dreier dette seg om døgnvirksomheten for lokalsykehusområdet til Elverum-Hamar lokalisert til Løbakk, øst for Hamar, og poliklinisk virksomhet for DPS Elverum-Hamar som i dag er lokalisert på tre ulike steder i Hamar sykehus / Hamar sentrum / Sanderud. Den polikliniske virksomheten for DPS Elverum-Hamar som er lokalisert til Elverum, forutsettes videreført som i dag på Elverum.

Divisjonen argumenterer for å lokalisere erstatningssykehuset til Sanderud for å oppnå samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for deler av befolkningen i Innlandet. Dette støttes av flere fagmiljøer innen psykisk helsevern. Det uttrykkes samtidig en faglig bekymring i forhold til den ulikheten i tilbud mellom Reinsvoll og Sanderud en slik utvikling vil gi.

Anbefaling etter vurdering av innspill

Det anbefales at DPS Elverum-Hamar sin døgnvirksomhet lokalisert til Løbakk inkluderes i erstatningssykehuset. Den polikliniske virksomheten lokalisert til Elverum videreføres som i dag på Elverum, mens øvrig polikliniskvirksomheten for DPS Elverum-Hamar inkluderes i erstatningssykehuset.

Vurdering av tilbud innen fysikalsk medisin og rehabilitering

Styringsgruppen ba i sitt møte 14. desember 2021 administrerende direktør i Sykehuset Innlandet HF om å revurdere premisser om at tilbud innen habilitering og rehabilitering skal videreføres lokalisert som i dag. Divisjon Elverum-Hamar har pekt på at det kan det være en faglig gevinst å inkludere fysikalsk medisin og rehabilitering i virksomhetsinnholdet på Ottestad til sykehuset på Elverum. Divisjon Habilitering og rehabilitering og fagråd rehabilitering argumenterer mot en slik løsning. De mener en flytting av enhetene på Ottestad til Elverum sykehus vil medføre lengre avstander mellom enhetene i avdelingen og lengre avstand til poliklinisk oppfølging for en større andel av pasientene i opptaksområdet. Divisjonen viser videre til overordnede faglige føringer, hvor det legges til grunn styrking av tidlig rehabilitering og at spesialisert rehabilitering integreres i helhetlige pasientforløp hvor tidlig innsats er vektlagt. Dette fordrer et nært samarbeid med øvrige tjenesteområder. Fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering vurderer avhengigheten å være større til nevrologi enn til ortopedi, men de argumenterer også for at en lokalisering der akutfunksjonene er.

Anbefaling etter vurdering av innspill

Det er gode faglige argumenter både for en løsning hvor fysikalsk medisin og rehabilitering lokaliseres til Elverum og til Hamar. Det anbefales å flytte enheten for fysikalsk medisin og rehabilitering fra Ottestad til erstatningssykehuset, forutsatt at det ikke fremmes andre mer helhetlige løsninger for fagområdet. Det anbefales at dette eventuelt vurderes i steg 2 av konseptfasen.

Investeringskostnader og driftsøkonomiske effekter

Behov for vaktordninger

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

Vaktordningene innen generell indremedisin og anestesi videreføres i tråd med dagens standard, på begge steder. Vaktordningen innen radiologi videreføres, med felles LIS i vakt med rotasjon mellom husene slik som i dag. Vaktordningene innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, barne- og ungdomsmedisin, øye, øre-nese-hals, nyremedisin, generell kirurgi/gastrokirurgi, urologi og karkirurgi, videreføres og lokaliseres der akuttfunksjonen for fagområdet er.

For fagområdet ortopedi vil vaktordningene være like i begge null-pluss alternativene. Dagens vaktordning videreføres der akuttfunksjonen er. Det etableres i tillegg en ny vaktordning på Elverum for den elektive døgnfunksjonen. Det legges foreløpig til grunn overlege i tilstedevakt fram til kl. 20.00, og hjemnevakt deretter. Det legges foreløpig ikke opp til LIS i vakt. Det vurderes i tillegg å være nødvendig med beredskap for operasjoner på kveld og natt. Dette ivaretas med hjemnevakt for operasjonssykepleier, mens anestesisykepleier har tilstedevakt for å kunne bistå akuttmottak og sengeposter ved akutte hendelser.

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

Behov for kapasitet og areal

Tabell 6 viser kapasitetsbehov for somatiske enheter i 2040 for null-pluss alternativene

Kapasitetstyper	ElverumM1 Sum	HamarM1 sum	M1 sum	ElverumM2 Sum	HamarM2 sum (ikke inkl Ottestad)	M2 sum	Ottestad (evt.til Hamar)
Sum senger 2019	90	130	220	69	150	219	14
Sum senger 2040	94	144	238	78	160	238	13
Dialyse - plasser 2019	11	0	11	11	0	11	0
Dialyse - plasser 2040	15	0	15	15	0	15	0
Kjemoterapi - plasser 2019	3	8	11	3	8	11	0
Kjemoterapi - plasser 2040	4	12	16	4	12	16	0
Infusjon av legemidler - plasser 2019	3	3	6	3	3	6	0
Infusjon av legemidler - plasser 2040	4	4	8	4	4	8	0
Poliklinikk - ub-rom 2019	38	19	57	28	30	58	2
Poliklinikk - ub-rom 2040	52	28	80	39	41	80	3
Antall operasjonsrom døgnkirurgi 2019	3	6	9	2	7	9	0
Antall operasjonsrom døgnkirurgi 2040	3	7	10	2	8	10	0
Antall operasjonsrom dagkirurgi 2019	4	2	6	3	3	6	0
Antall operasjonsrom dagkirurgi 2040	5	3	8	4	4	8	0

Tabell 6 Kapasitetsbehov i 2040 for null-pluss alternativene, Sykehusbygg HF, 2022.

Målt i antall senger blir det en differanse på 20 i 2040 for de to modellene der alternativ 2 gir størst volum på Hamar og minst volum på Elverum.

Kapasitetene for fysikalsk medisin og rehabilitering er vist i siste kolonne, med behov for 13 senger og 3 poliklinikkrom i 2040.

I tillegg til de somatiske arealene viser framskrivningen at et nytt DPS på Hamar har behov for 28 senger og 35 poliklinikkrom.

Hvis man velger å flytte den akutte indremedisinske aktiviteten sammen med øvrige akuttfunksjoner til Hamar i alternativ 2, vil det bli totalt 30 senger på Elverum.

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

Foreløpige beregninger av areal i erstatningssykehuset på Hamar

I denne beregningen er ikke arealer til ambulansestasjon eller en eventuell interkommunal legevakt tatt med.

Tabell 7 viser foreløpig beregnet arealbehov for null-pluss alternativ 1 og 2.

Delfunksjon	Erstatningssykehus Hamar M1			Erstatningssykehus Hamar M2		
	Framscrevet med aktivitetstall fra 2019			Framscrevet med aktivitetstall fra 2019		
	Kapasitet	Arealnorm	Netto kvm	Kapasitet	Arealnorm	Netto kvm
Sengeområder, inkl. intensiv, observasjon, pasienthotell	144	34	4896	160	34	5440
Føderom	0	0	0	2	70	140
Poliklinikk, somatikk	28	30	840	41	30	1230
Areal i poliklinikk for e-helse, telemedisin etc.	0		0	0		0
Kliniske spesiallaboratorier	15	45	675	21	45	945
Dialyse	0	0	0	0	0	0
Dagområde (medisinsk dagbehandling)	16	22	352	17	22	374
Sengeområder VOP og TSB	0	0	0	0	0	0
Sengeområde BUP	0					
Poliklinikk og dagbehandling VOP og TSB	0	0	0	0	0	0
Poliklinikk og dagbehandling BUP	0					
Akuttmottak, inkl. AMK	1	800	800	1	800	800
Operasjon, døgn	7	120	840	8	120	960
Operasjon, dagkirurgi	3	120	360	4	120	480
Oppvåkning, døgnkirurgi	11	16	176	12	16	192
Oppvåkning, dagkirurgi	6	16	96	12	16	192
Billediagnostikk, inkl. nukleærmedisin og PET	9	90	810	12	90	1080
DELSUM uten DPS/FysMedRehab			8603			10 591
Poliklinikk fysikalsk medisin og rehabilitering (Ottestad)	3	30	90	3	30	90
Fysikalsk medisin og rehabilitering (Ottestad)	13	34	442	13	34	442
DELSUM med FysMedRehab			9 135			11 123
Sengeområder DPS	28	43	1204	28	43	1 204
Poliklinikk og dagbehandling DPS	26	30	780	26	30	780
DELSUM med DPS			10587			12 575
DELSUM med DPS/FysMedRehab			11119			13 107
Stråleterapi, inkl. stråleenhet, senger og poliklinikk			0			0
Andre kliniske støttefunksjoner			200			300
Laboratoriemedisin, inkl. blodbank og apotek			1 500			1 750
Ikke-medisinsk service, inkl. varemottak, stereilsentral, renhold, avfall mm.			1 500			1 500
Produksjonskjøkken			0			0
Administrative kontorfunksjoner, inkl. foretaksledelse			0			0
Kliniske kontorfunksjoner			800			1 000
Garderober			950			1 300
Personellservice inkl. kantine, overnatting ansatt mm.			800			1 000
Pasientservice, inkl. pasientinformasjon, skole, rekreasjon			100			200
Undervisning og forskning			200			200
DELSUM			6 050			7 250
SUM netto uten DPS/FysMedRehab			14 653			17 841
SUM netto med DPS/FysMedRehab			17 169			20 357
SUM brutto uten DPS/FysMedRehab		2,4	35 167		2,4	42 818
SUM brutto med DPS/FysMedRehab		2,4	41 206		2,4	48 857

Tabell 7 Foreløpig beregnet arealbehov i null-pluss alternativ 1 og 2, Sykehusbygg HF, 2022

Investeringskostnader

Arealvurderingene over benyttes for å kunne estimere investeringskostnaden for nytt erstatningssykehus i Hamar. Sykehusbygg HF legger til grunn en kostnad per kvadratmeter på 94 400,- kroner inkludert utstyr (estimert prisnivå per juni 2022) for å estimere kostnaden. Dette er på nivå med styringsrammen (P50) fordelt på kroner per kvadratmeter for nytt sykehus i Drammen (Vestre Viken HF). Merk at den ekstraordinære prisutviklingen hittil i 2022 ikke reflekteres i dette estimatet.

Dette gir en investeringskostnad for byggeri og utstyr på 3,3 milliarder for null-pluss alternativ 1 og 4,0 milliarder for null-pluss alternativ 2. Ikke-byggner IKT, med et foreløpig estimat på om lag 6 500,- per kvm, kommer i tillegg.

Uavhengig av valgt null-pluss alternativ vil det være behov for å vurdere plasseringen av arealer for DPS Hamar og fysikalsk medisin og rehabilitering på Ottestad. Løsningen for disse arealene vil utredes videre fram mot B3A-beslutningen. Dersom arealene legges til erstatningssykehuset tilkommer ytterligere investeringer her. Kostnader for ny ambulansetasjon eller en eventuell interkommunal legevakst er ikke tatt med i beregningene over.

For virksomheten som vil ligge på Elverum er det lagt til grunn prisjusterte investeringsanslag fra konkretiseringsfasen. I denne fasen ble investeringsbehov for teknisk oppgradering, ombygg og hovedrehabilitering for sykehuset i Elverum estimert som hhv. akuttsykehus og elektivt sykehus i strukturen med Mjøssykehuset. Null-pluss alternativ 1 vurderes å medføre et investeringsbehov sammenlignbart med estimatene for akuttsykehus, mens investeringsbehovet i null-pluss alternativ 2 vurderes å være sammenlignbart med estimatene for et elektivt sykehus på Elverum.

Tabell 8 viser investeringsestimater for null-pluss alternativene.

Overordnede investeringsestimater for null-pluss alternativene

NOK i millioner, estimat i juni 2022-kr	Alternativ 1		Alternativ 2	
	Investerings- estimat	Nåverdi	Investerings- estimat	Nåverdi
Erstatningssykehus for Hamar sykehus				
Bygg og utstyr	3320	2940	4040	3580
Ikke-byggær IKT	230	200	280	250
Elverum sykehus				
Teknisk oppgradering / ombygg fram til 2028	340 - 410	310 - 380	160 - 200	150 - 180
Teknisk oppgradering / hovedrehab. på lengre sikt	1300 - 1600	900 - 1100	1200 - 1500	800 - 1000
Total investering	5000 - 5400	4200 - 4400	5400 - 5700	4500 - 4800

Tabell 8 Overordnede investeringsestimater for null-pluss alternativene.

For beregning av nåverdi er det forutsatt en periodisering fram mot 2028 for erstatningssykehuset samt teknisk oppgradering på Elverum. Hovedrehabilitering på Elverum er forutsatt gjennomført i perioden 2035-2040 i nåverdiberegningen.

Det understrekes at de totale investeringene i gjenværende bygg i sykehusstrukturen vil måtte være gjenstand for en helhetlig vurdering og prioritering opp mot økonomisk handlingsrom for Sykehuset Innlandet HF.

Driftsøkonomiske effekter

Det identifiseres driftsgevinster på et overordnet nivå i de to null-pluss alternativene. Effektene på driftsøkonomien har i hovedsak to drivere. Den ene effekten kommer som følge av geografisk

samling og/eller desentralisering, og den andre effekten kommer som følge av bygningsmessige endringer (nybygg eller oppgraderinger).

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

Samordningseffekter

Effektene på klinisk personell og støttefunksjoner må utredes nærmere før totale nettoeffekter og forskjeller mellom null-pluss alternativ 1 og 2 kan tallfestes. I begge alternativer vil vaktordningene innenfor ortopedi endres i forhold til dagens vaktordning, ved at det skal være ortopedi på både Elverum og Hamar. En vaktordning med overlege i hjemmevakt fra klokken 20 estimeres til 4-6 millioner kroner per år. Denne effekten gjelder for begge alternativer og påvirker ikke valget mellom null-pluss alternativene.

I alternativ to er det forutsatt hjemmevakt for operasjonssykepleiere etter kl 20 på kveld (hverdager), natt og helg i Elverum (i stedet for tilstedevakt). Dette gir en stipulert innsparing på om lag 4-5 millioner kroner per år for alternativ 2.

For øvrig vil vaktordningene forbli uendret samlet sett. Noen av vaktordningene flyttes fra Elverum til Hamar i alternativ 2, men innebærer ikke endringer i driftsøkonomien. Det legges også opp til videreføring av dagens vaktordninger innenfor fagområdene radiologi og laboratorietjenester i begge alternativer. Det er ikke foreslått betydelige endringer som kan påvirke skalaeffekter ved samling i noen av alternativene. For fagområdet ortopedi deles det eksisterende fagmiljøet i to. Det blir derfor viktig at vaktordningene blir organisert slik at det gir en balansert arbeids- og ressursbelastning mellom de to stedene som det vil være naturlig å drifte som én felles avdeling. Endelig beslutning om og konkretisering av vaktordninger vil ha betydning for beregningen av driftsgevinstene og vil kunne medføre større forskjeller mellom alternativene.

Det er gjort overordnede vurderinger av potensialet for økt produktivitet ved at det etableres rene elektive pasientforløp i alternativene. Det legges foreløpig til grunn at den elektive driften på ortopedi kan utføres med ett operasjonsteam mindre på Elverum på dagtid. Andre faktorer som kan påvirkes er om det er vesentlige forskjeller i behovet for MTU-utstyr med elektiv og poliklinisk virksomhet på to steder for fagområdene fødselshjelp og kvinnesykdommer og barne- og ungdomsmedisin. Sistnevnte kan medføre forskjeller mellom alternativ 1 og 2, men har foreløpig ikke vært mulig å konkretisere i de økonomiske beregningene i denne omgang.

De økonomiske effektene for prehospitaltjenester og pasientreiser er ikke forventet å gi store netto utslag, siden det også i dag er en stor grad av funksjonsfordeling og pasienttransport mellom de to sykehusene. Det er også mange pasientreiser i dagens funksjonsfordelte modell mellom Elverum og Hamar. Det er imidlertid ikke mulig å anslå om det ene alternativet vil medføre større eller mindre kostnader enn det andre alternativet siden pasienttransporten ikke er registrert med diagnoser.

Bygningsmessige effekter

Begge alternativer vil ha positive driftseffekter som følge av nybygg (Hamar) og oppgradering (Elverum). Erfaringsmessig vil forbedring av bygg og lokaler kunne utgjøre om lag 2-3 prosent reduksjon av driftskostnadene. Overordnede beregninger viser at dette vil utgjøre om lag 32-34 millioner kroner årlig i alternativ 1 og 33-35 millioner kroner årlig i alternativ 2 i et 2040-perspektiv gitt at investeringsbehovet på Elverum er ivarettatt. Nybyggeffekten for nytt DPS anslås til 4-6 millioner kroner per år.

En overordnet vurdering av forvaltnings-, drifts- og vedlikeholdskostnader (FDV-kostnader) kan indikere noe forskjeller mellom null-plussalternativ 1 og 2, men det er knyttet stor usikkerhet til disse analysene på dette stadiet av arbeidet. Analysene er sensitive for endringer i Elverums arealbehov og vil derfor påvirke det framtidige kostnadsnivået. Arealbruken øker i begge alternativer i forhold til dagens arealbruk basert på foreløpige arealestimer for passivt og aktivt areal i Elverum og erstatningsbygg på Hamar. Foreløpige beregninger viser at arealbehovet vil gi økte FDV-kostnader, anslagsvis en økning på henholdsvis 14-17 millioner kroner per år for alternativ 1 og 2.

På et generelt grunnlag vil en samling av funksjoner gjøre det mulig å avhende eldre og lite hensiktsmessig bygningsmasse. Dette er også viktig for å kunne begrense kostnadene til drift av bygg og eiendom. I null-pluss alternativ 2 vil store deler av Elverum sykehus ikke bli benyttet. Elverum kommune har nettopp etablert et Helsehus ved sykehuset. Det er derfor en risiko for at arealene ikke kan benyttes til andre offentlige helseformål. Når det gjelder arealene i Løbakk, DPS-poliklinikkene og Ottestad (fysikalsk medisin og rehabilitering) kan gamle arealer avhendes / leiekontrakter sies opp hvis disse funksjonene legges til erstatningssykehuset. Foreløpige analyser indikerer små forskjeller i årlige driftsøkonomiske effekter mellom alternativ 1 og alternativ 2.

Oppsummering

Faglig sett vil både null-pluss alternativ 1 og 2 forbedre funksjonsfordelingen mellom Elverum og Hamar sammenlignet med dagens løsning. Begge alternativene vil gi et mer komplett traumetilbud på Hamar og vil legge til rette for en tilsynsfunksjon innen gastrokirurgi for akutt indremedisin og gynekologi på Elverum. Disse områdene har i tidligere prosesser vært beskrevet som særlig utfordrende.

Et stort flertall av innspillene fra organisasjonen argumenterer for at null-pluss alternativ 2 gir et faglig bedre tilbud enn alternativ 1, og at dette alternativet bør utredes videre. Dette støttes av ledergruppen i Sykehuset Innlandet.

Fagmiljøet innen øye ønsker å være samlokalisert med de kirurgiske fagene på Hamar. Ønsket om faglig samling på erstatningssykehuset på Hamar er veid opp mot ambisjonen om å samle mest mulig elektiv aktivitet til Elverum. Øyefaget er i hovedsak et elektivt fag som er vurdert å kunne fortsette sin aktivitet på Elverum.

Foreløpige vurderinger indikerer at det er små driftsøkonomiske forskjeller mellom alternativene, hvis man ser bort fra et alternativ uten akutfunksjoner på Elverum. Investeringskostnaden for erstatningssykehuset (uten DPS og fysikalsk medisin og rehabilitering) anslås til 3,3 milliarder kroner for null-pluss alternativ 1 og 4,0 milliarder kroner for null-pluss alternativ 2.

Det understrekes at endringer i forutsetningene vil kunne påvirke de foreløpige, overordnede vurderingene.

Vurderinger av faglige gevinster alene taler for en videre utredning av modell 2, med samling av alle akutfunksjoner i erstatningssykehuset. Andre hensyn kan tale for at det bør vurderes en mindre grad av faglig samling. Sammenlignet med dagens løsning vil både null-pluss alternativ 1 og 2 gi viktige faglige forbedringer. Begge alternativene vil gi et mer komplett traumetilbud på erstatningssykehuset på Hamar og vil legge til rette for en tilsynsfunksjon innen gastrokirurgi for akutt indremedisin og gynekologi på Elverum.

Vedlegg 1

Turnover i perioden 2017 til 2021

Turnover viser antall personer som har sluttet i løpet av året sett i forhold til antall personer ansatt i enheten. Rapporten inkluderer kun fast ansatt. Vikarer og midlertidig ansatte inngår ikke i tallene.

Rapporten viser intern og ekstern turnover samt total turnover. Intern turnover er medarbeidere som skifter jobb innad i Sykehuset Innlandet og starter ved en annen avdeling. Ekstern turnover er de som slutter i Sykehuset Innlandet inklusiv ansatte som går av med pensjon. Total turnover er summen av intern og ekstern turnover.

Tabellene under samlet turnover for Sykehuset Innlandet, total turnover pr. sykehus og turnover innenfor stillingsgruppene sykepleiere, spesialsykepleiere, overlege og LIS i perioden 2017 til 2021 ved Hamar sykehus og Elverum sykehus.

Tallene viser at det totalt over tid er en økende intern og ekstern turnover ved Hamar sykehus og Elverum sykehus. Tabellene viser at det er noe variasjon mellom de ulike stillingsgruppene.

Tabell 1. Tabellen viser total turnover i Sykehuset Innlandet

Samlet turnover for SI					
Type turnover/år	2017	2018	2019	2020	2021
Ekstern turnover	4,4 %	4,3 %	7,0 %	4,8 %	5,5 %
Intern turnover	9,5 %	13,4 %	21,0 %	12,7 %	10,7 %
Total turnover hele SI	13,8 %	17,7 %	28,0 %	17,5 %	16,2 %

Tabell 2. Tabellen viser total turnover pr. sykehus

Turnover fordelt pr. sykehus					
Lokasjon/år	2017	2018	2019	2020	2021
Hamar - Ekstern turnover	2,9 %	2,5 %	3,5 %	2,5 %	3,0 %
Hamar - Intern turnover	12,0 %	11,7 %	12,5 %	12,7 %	16,9 %
Hamar - Total turnover	14,9 %	14,2 %	16,0 %	15,2 %	19,8 %
Elverum - Ekstern turnover	3,4 %	4,1 %	3,2 %	2,9 %	4,2 %
Elverum - Intern turnover	6,1 %	11,6 %	8,4 %	10,4 %	12,8 %
Elverum - Total turnover	9,5 %	15,7 %	11,6 %	13,3 %	17,0 %
Gjøvik - Ekstern turnover	4,8 %	4,2 %	2,3 %	3,4 %	3,8 %
Gjøvik - Intern turnover	6,5 %	9,1 %	10,4 %	8,4 %	6,5 %
Gjøvik - Total turnover	11,3 %	13,3 %	12,7 %	11,8 %	10,3 %
Lillehammer - Ekstern turnover	3,5 %	3,4 %	5,2 %	4,8 %	5,6 %
Lillehammer - Intern turnover	8,8 %	10,0 %	10,8 %	8,0 %	7,3 %
Lillehammer - Total turnover	12,3 %	13,4 %	16,0 %	12,8 %	12,9 %

Tabell 3. Tabellen viser turnover innenfor sykepleiergruppen pr. sykehus

Stillingsgruppe sykepleier					
Lokasjon/år	2017	2018	2019	2020	2021
Hamar - Ekstern turnover	2,2 %	2,2 %	2,1 %	2,6 %	5,6 %
Hamar - Intern turnover	17,4 %	15,9 %	17,0 %	23,1 %	29,9 %
Hamar - Total turnover	19,6 %	18,1 %	19,2 %	25,7 %	35,5 %
Elverum - Ekstern turnover	4,0 %	1,7 %	1,2 %	2,1 %	3,0 %
Elverum - Intern turnover	7,4 %	14,7 %	10,4 %	14,5 %	18,1 %
Elverum - Total turnover	11,4 %	16,4 %	11,5 %	16,6 %	21,1 %

Tabell 4. Tabellen viser turnover innenfor spesialsykepleiergruppen pr. sykehus

<i>Stillingsgruppe spesialsykepleiere</i>					
Lokasjon/år	2017	2018	2019	2020	2021
Hamar - Ekstern turnover	2,1 %	0,0 %	1,5 %	1,5 %	0,8 %
Hamar - Intern turnover	6,4 %	10,4 %	10,8 %	6,2 %	6,0 %
Hamar - Total turnover	8,6 %	10,4 %	12,3 %	7,7 %	6,8 %
Elverum -Ekstern turnover	0,7 %	2,8 %	1,4 %	1,3 %	2,4 %
Elverum - Intern turnover	2,9 %	9,8 %	8,8 %	6,9 %	6,5 %
Elverum - Total turnover	3,7 %	12,6 %	10,2 %	8,1 %	8,9 %

Tabell 5. Tabellen viser turnover innenfor overlegegruppen pr. sykehus

<i>Stillingsgruppe overlege</i>					
Lokasjon/år	2017	2018	2019	2020	2021
Hamar - Ekstern turnover	2,5 %	2,3 %	9,4 %	4,6 %	2,1 %
Hamar - Intern turnover	2,5 %	11,5 %	9,4 %	4,6 %	8,5 %
Hamar - Total turnover	4,9 %	13,8 %	18,9 %	9,2 %	10,6 %
Elverum -Ekstern turnover	4,1 %	2,0 %	8,0 %	5,9 %	5,9 %
Elverum - Intern turnover	8,1 %	7,9 %	8,0 %	3,9 %	5,9 %
Elverum - Total turnover	12,2 %	9,9 %	16,0 %	9,8 %	11,8 %

Tabell 6. Tabellen viser turnover innenfor LIS pr. sykehus

<i>Stillingsgruppe leger</i>					
Lokasjon/år	2017	2018	2019	2020	2021
Hamar - Ekstern turnover	0,0 %	3,5 %	3,1 %	2,7 %	2,6 %
Hamar - Intern turnover	8,3 %	17,3 %	24,8 %	19,0 %	15,7 %
Hamar - Total turnover	8,3 %	20,8 %	27,9 %	21,7 %	18,3 %
Elverum -Ekstern turnover	0,0 %	13,8 %	10,9 %	2,5 %	7,0 %
Elverum - Intern turnover	8,5 %	17,2 %	19,0 %	20,0 %	16,3 %
Elverum - Total turnover	8,5 %	30,9 %	29,9 %	22,5 %	23,3 %

Sykehuset Innlandet har de siste årene gjennomført sluttundersøkelse. 59% av de som sluttet i 2021 besvarte sluttundersøkelsen. Resultatene for divisjon Elverum-Hamar for 2021 viser at 29% av de som gikk over i annet lønnet arbeid startet i kommunen eller fylkeskommunen, 38% i privat sektor og 21% andre helseforetak.

Foretaket har definert området rekruttere og beholde, som et strategisk satsningsområde i virksomhetsstrategien. Det jobbes målrettet med tiltak for å redusere turnover og bedre rekrutteringsevnen

Vedlegg 2

Oversikt over innkomne innspill, mars 2022:

Virksomhetsinnhold i null-pluss alternativet

Sykehuset Innlandet gjennomførte i mars 2022 en intern innspillsrunde knyttet til arbeidet med å avgrense virksomhetsinnholdet i null-pluss alternativet.

Rammene for innspillsrunden er beskrevet i et innspillsnotat:

[Innspillsnotat 07.03.22](#)

Innsendte innspill*

[Avdelingsoverlege Alderspsykiatri](#)

[Brukerutvalget](#)

[Delta](#)

[Divisjon Eiendom og internservice](#)

[Divisjon Elverum-Hamar](#)

[Divisjon Gjøvik-Lillehammer](#)

[Divisjon Habilitering og rehabilitering](#)

[Divisjon Medisinsk service](#)

[Divisjon Prehospitale tjenester](#)

[Divisjon Psykisk helsevern](#)

[Divisjon Tynset](#)

[Divisjonstillitsvalgte Psykisk helsevern](#)

[Fagansvarlig Indremedisin Elverum](#)

[Faggruppe Akuttmottak](#)

[Fagråd Bryst-endokrinkirurgi](#)

[Fagråd Endokrinologi](#)

[Fagråd Gynekologi og fødselshjelp](#)

[Fagråd Karkirurgi](#)

[Fagråd Nyremedisin](#)

[Fagråd Onkologi](#)

[Fagråd Rehabilitering](#)

[Fagråd Urologi og urologisk seksjon Hamar](#)

[Fagrådslederrepresentant TSB](#)

[Legegruppene ved Medisinsk avdeling Hamar og Elverum](#)

[Medisinsk sengepost Hamar](#)

[Norsk psykologforening og Fellesorganisasjonen](#)

[Plastikkirurgisk seksjon](#)

[Tillitsvalgte og hovedverneombud divisjon Gjøvik-Lillehammer](#)

[TV 20 - Protokoll fra drøfting](#)

*Oversikten viser innkomne innspill per 30. mars 2022. Enkelte fagråd og faggrupper har varslet at de vil levere innspill etter fristen. Disse vil bli publisert på Sykehuset Innlandets nettsider.

Vedlegg 3

Oversikt over innkomne innspill, januar 2022:

Avgrensning av alternativer, vurderingskriterier og medvirkningsplan

Sykehuset Innlandet gjennomførte i januar 2022 en intern innspillsrunde knyttet til arbeidet med avgrensning av alternativer og oppdatering av vurderingskriterier. Innspillsrunden omhandlet også den interne medvirkningsplanen for konseptfasen.

Rammene for innspillsrunden er beskrevet i et innspillsnotat:

[Innspillsnotat 11.01.22](#)

Innsendte innspill

[Brukerutvalget – Vedlegg](#)

[Divisjon Eiendom og internservice](#)

[Divisjon Elverum-Hamar – Vedlegg](#)

[Divisjon Gjøvik-Lillehammer](#)

[Divisjon Habilitering og rehabilitering](#)

[Divisjon Medisinsk service](#)

[Divisjon Prehospitale tjenester](#)

[Divisjon Psykisk helsevern](#)

[Forskning og innovasjon](#)

[Hovedarbeidsmiljøutvalget](#)

[TV 20](#)

Alle innspill er publisert på Sykehuset Innlandets nettsider:

[Interne innspill i konseptfasen - Sykehuset Innlandet \(\[sykehuset-innlandet.no\]\(https://sykehuset-innlandet.no\)\)](#)