

Rapport tilleggsoppdrag Del 1 konseptfase steg 1

Beslutning **B3A**

Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF



Prosjektnummer	
Prosjekt	Type rapport/ dokument
Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF (VSI)	Rapport tilleggsoppdrag konseptfase steg 1

DOKUMENTSTATUS					
Versjon	Dato	Versjonsbeskrivelse	Utarbeidet av	Kontrollert av	Godkjent av
0.9	03.02.2023	Til behandling i styringsgruppen	Tom Erik Strøm	Trude Kvernvik	Tom Einertsen
1.0	13.02.2023	Godkjent av styringsgruppen	Tom Erik Strøm	Trude Kvernvik	Tom Einertsen

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
03.02.2023	09.02.2023	Styringsgruppen for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF	09.02.2023

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
1 Bakgrunn	7
1.1 Vedtak i foretaksmøtet	7
1.2 Tilleggsoppdraget	7
1.3 Prosjektutløsende behov	8
2 Omstillingsrisiko	9
2.1 Generelt om omstilling	9
2.2 Omstillingsomfang ved alternativet med Mjøssykehuset	10
3 Medvirkning og metodisk tilnærming	10
4 Beskrivelse av virksomhetsområder som vurderes for trinnvis utbygging	11
4.1 Virksomhetsområde A: - Hele PHV i byggetrinn 1 eller bygge deler av tilbudet innenfor PHV i byggetrinn 1 og resten i byggetrinn 2 - Sanderud sykehus i trinn 1 og Reinsvoll sykehus i byggetrinn 2	12
4.2 Virksomhetsområde B: Etablering av fysikalsk medisin og rehabilitering i byggetrinn 2	14
4.3 Virksomhetsområde C: - Etablering av akutt og elektiv ortopedi for lokalsykehusområdet Elverum i byggetrinn 2 – Etablering av pasienthotell i byggetrinn 2	14
5 Alternativer for trinnvis utbygging av Mjøssykehuset	15
5.1 Bakgrunn for alternativene	15
5.2 Beskrivelse av alternativene	17
5.2.1 Alternativ 1	17
5.2.2 Alternativ 2	18
5.2.3 Alternativ 3	19
5.2.4 Alternativ 4	20
5.3 Bygningsmessige konsekvenser av trinnvis utbygging	21
5.3.1 Bygningsmessige konsept trinnvis utbygging	21
5.3.2 Areal som må bygges i trinn 1 som tilhører trinn 2	27
6 Økonomi	28
6.1 Prosjektkostnad	28
6.1.1 Investeringsestimater	28
6.1.2 Byggeperiode og pådragsprofil	29
6.2 Driftsgevinster og andre driftsøkonomiske effekter	29
6.2.1 Overordnet om forutsetninger for driftsgevinster og driftsøkonomi	29
6.2.2 Driftsgevinster	30
6.2.3 Øvrige driftsøkonomiske effekter og periodisering	31
6.3 Bæreevne prosjektnivå	32
6.3.1 Økonomisk bæreevne – innledning	32
6.3.2 Økonomisk bæreevne for Mjøssykehuset, ordinært prosjektnivå	32
6.3.3 Økonomisk bæreevne for Mjøssykehuset, utvidet prosjektnivå	34
6.4 Bæreevne helseforetaksnivå	34
6.4.1 Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå	34
6.5 Bæreevne helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst	36

7	Sykehuset Innlandet HFs vurdering av hvordan trinnvis utbygging kan påvirke omstillingsrisiko	37
7.1	Hovedtrekk fra interne innspill - Faktorer ved trinnvis utbygging som kan redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene 38	
7.2	Hovedtrekk fra interne innspill – «Vurderinger ved en eventuell trinnvis utbygging»	38
7.3	Faktorer ved trinnvis utbygging som kan øke risiko i omstillings- og utviklingsprosessene	39
7.3.1	Hovedtrekk fra interne innspill – «Pasient og kvalitet»	39
7.3.2	Hovedtrekk fra interne innspill – «Ansatte»	39
7.3.3	Hovedtrekk fra interne innspill – «Organisasjon»	40
7.4	Overordnet oppsummering av hovedtrekkene fra den interne innspillsrunden i Sykehuset Innlandet HF vedrørende en trinnvis utbygging	40
7.5	Innspill fra Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet HF	41
7.6	Uttalelse fra Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF	41
8	Eksempler på målrettede tiltak som understøtter omstillings- og utviklingsprosessene	41
8.1	Strukturert omstillingsarbeid i de ulike fasene	41
8.2	Gradvis utvikling og implementering av ny organisasjonsmodell	42
8.3	Trinnvis innflytting	44
8.3.1	Trinnvis utbygging vs. trinnvis innflytting	44
8.4	Pasient og arbeidsflyt	45
8.5	Ivaretagelse av ansatte og endringsledelse	46
8.6	Arbeidsforhold og arbeidsbelastning	46
8.7	Informasjon og medvirkning	46
8.8	Organisering av omstillings- og utviklingsarbeidet	47
9	Alternative virksomhetsområder	47
9.1	Virksomhetsområde D: Etablering av stråleenhet i byggetrinn 2	47
9.2	Virksomhetsområde E: - Hele operasjonsenheten i byggetrinn 1 eller dele opp døgnekirurgi og dagkirurgi i byggetrinn 1 og 2 - Skille elektiv og akutt virksomhet over to byggetrinn	49
9.3	Virksomhetsområde F: All somatikk eller hele Hamar sykehus i byggetrinn 1 og hele Gjøvik sykehus i byggetrinn 2	52
9.4	Virksomhetsområde G: Alle laboratoriefunksjoner i et byggetrinn eller skille laboratoriefunksjoner over to byggetrinn	53
9.5	Virksomhetsområde H: Alle radiologiske enheter i et byggetrinn eller skille radiologiske enheter over to byggetrinn	53
9.6	Virksomhetsområde I: Etablering av øyeavdeling i byggetrinn 2	54
9.7	Virksomhetsområde J: Etablering av AMK i byggetrinn 2	54
9.8	Virksomhetsområde K: Videreføring av fødeavdeling (eventuelt som fødestue) for lokalsykehusområdet Elverum frem til innflytting byggetrinn 2	55

Sammendrag

Sykehuset Innlandet HF har i tråd med oppdraget gjennomført en innspillsrunde i organisasjonen for å vurdere hvordan en mulig trinnvis utbygging i Mjøssykehus-alternativet kan bidra til å redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom. Samlet sett vurderer helseforetaket at en trinnvis utbygging ikke reduserer risiko i omstillings- og utviklingsprosessene. Mange av innspillene i den interne medvirkningsprosessen påpeker at en trinnvis utbygging vil gi større samlet risiko i omstillings- og utviklingsprosessene enn en sammenhengende utbygging. En trinnvis utbygging vil føre til at mange ansatte med stor sannsynlighet må gjennom flere endringsprosesser over flere tidsperioder. Det vil også innebære at noen pasienttilbud må endres flere ganger. Dette bidrar til å øke kompleksiteten i de omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom.

For å redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene for både en sammenhengende og trinnvis utbygging foreslår medvirkningsorganene blant annet tiltak som god planlegging, aktivt arbeid med omorganisering og harmonisering av rutiner i forkant av en omorganisering og innflytting. I tillegg skal *fagområder og funksjoner som kan og bør samles, så langt det er mulig, samles i forkant av en framtidig innflytting i et nytt bygg*, i tråd med vedtak i Helse Sør-Øst sak 005-2019.

En annen måte å håndtere denne risikoen på, kan være trinnvis innflytning over en kortere tidsperiode enn ved trinnvis utbygging, der det lages en plan for hvilke funksjoner som flytter inn til hvilke tidspunkt. På den måten kan omstillingen planlegges innenfor et tidsperspektiv som reduserer omstillingsrisikoen. Ved en sammenhengende utbygging med en trinnvis innflytting kan arbeidet med å utvikle de planlagte fagmiljøene med felles prosedyrer og standardisering starte tidlig i omstillingsprosessen. En gradvis ibrukttagelse av bygg og teknisk infrastruktur, med opplæring og trening for å bli kjent med nye arbeidsprosesser i nye bygg, vil bidra til å redusere risikoen.

Mange innspill løfter fram den usikkerheten det kan innebære for fagmiljøer som vurderes utsatt til et eventuelt senere byggetrinn. Medvirkningsorganene beskriver usikkerhet knyttet til spørsmålet om hvorvidt et andre byggetrinn vil bli gjennomført og eventuelt tidspunkt for dette. Mange innspill påpeker at dette øker risikoen for at medarbeidere slutter og at det blir vanskeligere å rekruttere nye ansatte.

De faglige og økonomiske gevinstene i prosjektet er hovedsakelig begrunnet i at funksjoner samles og integreres i bygningsmassen, samt positive driftseffekter av nybygg. En trinnvis utbygging vil medføre en forsinkelse av gevinstrealiseringen. En mellomperiode mellom byggetrinn 1 og 2 vil i noen tilfeller medføre økte kostnader til vaktberedskap og drift av større bygningsareal enn det Sykehuset Innlandet HF har i dag. En trinnvis utbygging er videre anslått å medføre økte totale investeringskostnader. De økonomiske analysene viser dermed at den langsiktige økonomiske bæreevnen ved en samlet utbygging av Mjøssykehuset er bedre enn ved trinnvis utbygging under de forutsetningene som er lagt til grunn, mens trinnvis utbygging vil forskyve en andel av det likviditetsmessige pådraget ut i tid.

Sykehuset Innlandet HF vektlegger at det ikke vil være mulig å realisere de prosjektutløsende behovene før hele alternativet med Mjøssykehuset er realisert. Dersom sykehuset skal etableres ved en trinnvis utbygging, argumenteres det for at trinn 1 bør være størst mulig. En samling av fag og funksjoner, både innenfor somatikk og psykisk helsevern, er nødvendig av faglige årsaker og vil gi betydelig økonomisk gevinst. Trinnvis utbygging vil innebære risiko for pasient/kvalitet, ansatte og organisasjon og trekke utbyggingen ut i tid. Det vil også medføre at noen små og sårbare fagmiljøer

må fortsette drift på ulike lokalisasjoner. Jo større andel av utbyggingen som utsettes til trinn 2, desto større vurderes risikoen.

1 Bakgrunn

Høsten 2021 startet arbeidet med konseptfasen av videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. Konseptrapport steg 1 og valget mellom null-pluss alternativet og Mjøssykehus-alternativet ble fremlagt for beslutning i styret i Helse Sør-Øst RHF 22. september 2022. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente at Mjøssykehus-alternativet legges til grunn for den videre utviklingen av Sykehuset Innlandet HF. Helse- og omsorgsministeren ba i foretaksmøte 21. november 2022 Helse Sør-Øst RHF om å belyse forhold som kan redusere risiko. Dette tilleggsoppdraget er en videreføring av konseptfasens steg 1.

1.1 Vedtak i foretaksmøtet

I foretaksmøte 21. november 2022 ble Helse Sør-Øst RHF bedt om å belyse hvordan en mulig trinnvis utbygging i Mjøssykehus-alternativet kan bidra til å redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom. Dette må gjøres før foretaksmøte kan ta stilling til videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF. Videre ble Helse Sør-Øst RHF bedt om å belyse hvilke risikoreduserende tiltak som vil kunne bidra til å bibeholde medarbeidere fram til byggestart. Denne delen av oppdraget omfatter både Mjøssykehus-alternativet og null-pluss-alternativet.

Vedtak fra foretaksmøtet om tilleggsoppdraget:

- Del 1: *hvordan en mulig trinnvis utbygging i Mjøssykehusalternativet kan bidra til å redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom*
- Del 2: *mulige risikoreduserende tiltak knyttet til bibehold av medarbeidere i fasen fram til byggestart.*

Tilleggsoppdrag del 1 bevares i denne rapport. Tilleggsoppdrag del 2 besvares i egen rapport fra Sykehuset Innlandet HF.

1.2 Tilleggsoppdraget

Styringsgruppen for prosjektet besluttet 28. november 2022 sak 086-2022 tiltak for gjennomføring av tilleggsoppdrag og spisset denne ytterligere 19. desember 2022 sak 090-2022.

Om trinnvis utbygging

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 102-2022 punkt 6 at trinnvis utbygging av ny sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF skal utredes i steg 2 av konseptfasen:

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

Foretaksmøtet ber om at trinnvis utbygging vurderes før B3A beslutning, og peker på at en slik tilnærming kan være en måte å unngå omfattende og risikofylte endringer i organisasjonen over kort tid. Det skal belyses styrker og svakheter ved trinnvis utbygging i alternativet med Mjøssykehuset, og hvordan en slik tilnærming eventuelt kan bidra til å redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom.

Konseptrapport steg 1 Beslutning B3A Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF beskriver prinsipper som må ligge til grunn for en trinnvis utbygging. Den trinnvise utbyggingen må foregå på en slik måte at den understøtter pasientsikkerhet og medisinsk forsvarlighet og må som et minimum:

- Bidra til å lukke og forebygge bygningsmessige myndighetspålegg ved å flytte ut av gamle, dårlige og uhensiktsmessige bygg
- Ivareta faglig kvalitet i alle byggetrinn, samt ivareta faglige avhengigheter mellom ulike deler av sykehusets virksomhet
- Gi den nødvendige kapasitet til å møte befolkningens samlede behov for spesialisthelsetjenester
- Bidra til gode, helhetlige pasientforløp internt i sykehuset
- Bidra til samling av tverrfaglig miljø som behandler én sykdom
- Gjøre det mulig å samle dupliserte funksjoner
- Skjerme pågående klinisk virksomhet i byggeperioden

I vurderingen av hvordan en mulig trinnvis utbygging i Mjøssykehus-alternativet kan bidra til å redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom, er det tatt utgangspunkt i en overordnet beskrivelse av hvilke fagområder som skal flytte og avhengighetene mellom dem. Analysene er utført med bakgrunn i hovedprogrammet fra konseptrapport etter steg 1. En trinnvis utbygging må gjennomføres slik at den skjermer pågående klinisk virksomhet i byggeperioden og at den blir økonomisk rasjonelt gjennomført. Dette medfører at en trinnvis utbygging inkluderer komplette bygg hvor det kun i liten grad blir nødvendig å komplettere funksjoner inne i foregående byggetrinn.

Basert på disse rammene er det utarbeidet bygningsmessige konsepter for å evaluere mulighetene for trinnvis utbygging. Med utgangspunkt i dette har prosjektet etablert mulige alternativer og synliggjort fordeler og ulemper for alle konsepter. Aktuelle alternativer er vurdert utfra:

- I hvilken grad de bidrar til å redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom
- I hvilken grad de oppfyller de prosjektutløsende behov
- I hvilken grad de påvirker økonomiske konsekvenser, inkludert prosjektets kostnads- og gevinstoptimalisering
- Konsekvenser av opprettholdelse av drift på flere lokasjoner

For økonomiske beregninger er det antatt at byggetrinn 2 starter senest ett år før idriftsettelse av byggetrinn 1, og blir satt i drift om lag tre år etter trinn 1 er avsluttet. Videre er det ønsket en overordnet vurdering av hva konsekvensene ville bli hvis trinn 2 utsettes til lenger tid etter trinn 1 er avsluttet.

I tillegg til alternativer for trinnvis utbygging, har prosjektet beskrevet en trinnvis innflytting og betydningen for risiko i omstillingen

Om organisering

I tråd med prosjektmandat for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF Konseptfasen, er Helse Sør-Øst RHF prosjekteier og har prosjektledelsen. Roller og ansvar som beskrevet i mandatet er videreført i tilleggsoppdraget. Det er i arbeidet lagt til rette for medvirkning fra de ansattes organisasjoner, relevante fagmiljø, brukere og andre interessenter. I tråd med prosjektmandatet for konseptfasen har Sykehuset Innlandet HF hatt ansvar for den interne medvirkningsprosessen.

1.3 Prosjektutløsende behov

Den gjennomsnittlige levealderen i Innlandet øker, og flere eldre vil føre til økt behov for helsetjenester. Over halvparten av tapte leveår skyldes kreft og hjerte- og karlidelser, som særlig rammer den eldre delen av befolkningen. Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser gir flest år

med helsetap og rammer oftest folk i yrkesaktiv alder. De sykdomsgruppene som er størst i dag, vil øke kraftig fram mot 2040. Økningen i antall pasienter med sammensatte lidelser har stor betydning for kapasitets- og samhandlingsbehov, både i og mellom sykehus og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og det er sentralt å integrere behandlingen av samtidige somatiske og psykiske helseutfordringer. Dette er vektlagt i målbildet for Sykehuset Innlandet HF som er beskrevet i Helse Sør-Øst RHF sin styresak 058-2021 og tatt inn i Styringsdokumentet for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF (konseptfasen) som ble vedtatt i styringsgruppen 16. februar 2022. De prosjektutløsende behovene er beskrevet i Styringsdokumentet hvor følgende behov oppgis

- Dagens sykehusstruktur gir utfordringer for pasientbehandling, rekruttering og driftsøkonomi:
 - o Høy grad av funksjonsfordeling gir usammenhengende pasientforløp, særlig for pasienter med sammensatte behov
 - o Uønsket variasjon i kvalitet på behandlingen
 - o Mange pasientreiser mellom sykehusene og oppdelte behandlingsforløp med utredning og behandling på flere sykehus
 - o Små og sårbare fagmiljøer, som kan gi rekrutteringsutfordringer
 - o En sykehusstruktur som begrenser mulighetene for effektiv drift og mulighetene til å tilby mer spesialiserte tjenester
 - o Ressurskrevende parallelle vaktlinjer på ulike lokalisasjoner
- Behov for nye bygg

Helseforetaket vektlegger at det vil bli krevende å gi befolkningen i Innlandet gode helsetjenester på mellomlang og lang sikt. Dagens struktur og oppgavefordeling gjør det utfordrende å benytte kompetanse og ressurser som er lokalisert ved ulike enheter, noe som påvirker kvaliteten på helsetjenestene. Mange fagmiljøer er små og sårbare, og det er krevende å rekruttere personell innenfor flere fagområder. Sykehuset Innlandet HF har ikke ett hovedsykehus, og de spesialiserte funksjonene er fordelt mellom sykehusene. Dette medfører at tilbudet til pasientene varierer ut fra hvilket sykehus pasienten kommer til og når på døgnet pasienten kommer. Flere pasientgrupper må forholde seg til flere av sykehusene i foretaket for å få utført undersøkelser og behandling i et behandlingsforløp. Det er behov for å integrere behandlingen av samtidige somatiske og psykiske helseutfordringer. Sykehuset Innlandet HF er i en krevende økonomisk situasjon. Spesialisert beredskap mange steder er ressurskrevende og kan gi mindre handlingsrom for nødvendige investeringer i medisinsk-teknisk utstyr, teknologisk utvikling, ambulanser, tjenesteinnovasjon og vedlikehold av bygningsmassen.

2 Omstillingsrisiko

2.1 Generelt om omstilling

Tilleggsoppdraget tar utgangspunkt i tanken om at en trinnvis utbygging, som vil påvirke færre enheter og ansatte samtidig, vil kunne redusere risikoen ved omstilling. Det legges til grunn at det kan bli enklere å kanalisere ressurser, lederkraft og oppmerksomhet til de delene av organisasjonen som er under omstilling ved at omfattende og risikofylte endringer i store deler av organisasjonen over relativt kort tid unngås.

Sykehuset Innlandet HF har valgt å forholde seg til arbeidstilsynets definisjon av omstilling. Ifølge Arbeidstilsynet kan omstilling og endring i arbeidslivet være for eksempel eier- og lederskifte, oppsplitting eller sammenslåing av virksomheter og avdelinger, omorganisering, bruk av ny teknologi, nye arbeidstidsordninger og nye produkter eller tjenester. Arbeidstilsynet viser videre til at endrings- og omstillingsprosesser både kan ha positive og negative effekter for organisasjoner og

arbeidstakere. Positive effekter av omstilling kan være læring og personlig utvikling, mer variert og interessant arbeid, økt ansvar, påvirkning og selvstyring og sikre framtidig arbeid. Negative effekter av omstilling kan være arbeidsrelaterte psykiske plager, utrygghet på grunn av uklare roller, uklare eller nye krav og forventninger, og mangel på opplevd kontroll. Det kan også være uro for å miste jobben, konflikter og ryktespredning.

For Sykehuset Innlandet HF betyr dette blant annet at fagmiljøer må reetableres i Mjøssykehuset og de gjenværende fagmiljøene må tilpasse seg endringene, noe som vil innebære nye kolleger og organisatoriske endringer. Det må, på grunn av funksjonsfordelingen mellom Mjøssykehuset og akuttsykehuset på Lillehammer og lite akuttsykehus i Elverum, påregnes ambulerende innenfor noen fag. Omstillingen vil medføre etablering av felles prosedyrer, arbeidsflyt, logistikk og kultur, og mange ansatte vil få lengre reisevei. I tillegg må medarbeiderne forholde seg til nye teknologiske løsninger som gir nye arbeidsprosesser.

Arbeidsgiver plikter å kartlegge risiko og vurdere hva slags konsekvenser omstillingen kan få for arbeidsmiljøet. Etter en slik kartlegging og risikovurdering må arbeidsgiver, i samråd med representanter for de ansatte, planlegge og gjennomføre tiltak for å redusere eventuelle uheldige konsekvenser. Noen relevante omstillingstiltak er nærmere beskrevet i kapittel 8.

2.2 Omstillingsomfang ved alternativet med Mjøssykehuset

Alternativet med Mjøssykehuset legger til grunn en samling av funksjoner som i dag er lokalisert på seks ulike sykehus, samt virksomhet fra øvrige enheter innenfor psykisk helsevern, habilitering, fysikalsk medisin og rehabilitering.

Etableringen av Mjøssykehuset vil medføre at om lag 4 000 personer må bytte arbeidssted til Moelv. Det er ansatte i enheter som må flytte geografisk sted ut fra denne framstillingen, som er med i vurderingen. Det tas utgangspunkt i antall ansatte i dagens enheter basert på tall fra januar 2020 (før pandemien). For å ta høyde for usikkerhet i tallene og om enkelte ansatte blir berørt eller ikke, er tallene avrundet til nærmeste 100 ansatte.

3 Medvirkning og metodisk tilnærming

I tråd med prosjektmandatet for konseptfasen har Sykehuset Innlandet HF ansvar for den interne medvirkningsprosessen. Sykehuset Innlandet HF har utarbeidet en medvirkningsplan for tilleggsoppdraget, som en videreføring av medvirkningsprosessen i konseptfasen steg 1. Medvirkningsplanen legger til rette for involvering av brukere, ansatte og deres organisasjoner og vernetjenesten.

Som en del av den interne medvirkningsprosessen har Sykehuset Innlandet HF gjennomført en skriftlig innspillsrunde. Oppgaven i innspillsrunden har bestått av å vurdere fordeler og ulemper ved ulike alternativer for en trinnvis utbygging, sammenlignet med en sammenhengende utbygging av Mjøssykehuset.

I den skriftlige innspillsrunden ble det levert 24 innspill fra Brukerutvalget, Ungdomsrådet, divisjoner, tillitsvalgte og vernetjeneste på foretaks- og divisjonsnivå, fagråd og faggrupper. Alle innspill er publisert på helseforetakets [nettsider](#).

De interne innspillene ble gjennomgått i ledergruppen i Sykehuset Innlandet HF, som har gjort en samlet vurdering. Helseforetakets oppsummering av hovedtrekkene i de interne innspillene er beskrevet i kapittel 7.

	Avgrensning av alternativer	Oppdatering av vurderingskriterier	Faglig vurdering av alternativer	Utvikling av hovedprogram	Vurdering av trinnvis utbygging	Bibehold av medarbeidere
SI ledergruppe						
Divisjonenes ledergrupper						
Tverrfaglig ekspertgruppe						
TV20						
Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU)						
Brukerutvalget						
Fagrådsledermøte						
Fagråd og faggrupper						
Tillitsvalgte og vernetjeneste på divisjonsnivå						
Strategisk medvirkningsgruppe						
Gruppelederforum						
Funksjonsgrupper og temagrupper						

Figur 1: Illustrasjon av Sykehuset Innlandets medvirkningsplan i konseptfasen. Medvirkningsprosessene i tilleggsoppdraget vises i de to kolonnene til høyre

4 Beskrivelse av virksomhetsområder som vurderes for trinnvis utbygging

Ulike virksomhetsområder er vurdert for trinnvis utbygging. Prosjektet har sett på ulike alternativer og vurdert hvilke konsekvenser alternativt virksomhetsområde har for å oppfylle føringene som er beskrevet i Hovedprogrammet steg 1.

I kapittel 9 er det vurdert om det finnes andre mulige virksomhetsområder for trinnvis utbygging enn de fire som er beskrevet i kapittel 5. Områdene D til K ble anbefalt vurdert av styringsgruppa i møtet 30. januar, sak 008-2023. Sykehusbygg HF har vurdert områdene ut fra føringer i Hovedprogram steg 1, mens Sykehuset Innlandet HF har vurdert områdene ut fra et faglig- og driftsmessig perspektiv. Vurdering av risiko i omstilling, er beskrevet i kapittel 7 og 8.

I hovedprogrammet, steg 1, er det beskrevet noen overordnede føringer som er relevant for alle alternative virksomhetsområder:

- I Mjøssykehuset legges det opp til å samle spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, og samtidig samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette vil legge til rette for at pasienter innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil få likeverdig utredning og behandling for sine somatiske helseproblemer. Tilsvarende vil pasienter som behandles for somatiske sykdommer, få tilbud om utredning og behandling for psykiske problemer og rusproblemer når det er relevant. Det legges til rette for et tett samarbeid rundt pasientforløpene, eksempelvis spiseforstyrrelser, forgiftningstilstander og alderspsykiatri.
- Nærheten mellom somatikk og psykiatri fremheves som viktig i SI HF. Dette gjelder særskilt alderspsykiatri som har behov for nærhet til indremedisin, nevrologi, og lett tilgang til diagnostikk som radiologi, prøvetaking/laboratorieanalyser og nevrologisk EEG lab. Det gjelder også rusakutt, hvor det kreves tett samarbeid mellom TSB og indremedisin. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ønsker et tett samarbeid med habilitering og barne- og ungdomsavdelingen, aldersgeriatri ønsker et tettere samarbeid med både geriatri og nevrologi.
- Det er et mål at pasienter med behov for tverrfaglig utredning skal få dette lokalisert på samme sted, slik at de slipper å forflytte seg rundt på sykehuset. Spesialistene skal jobbe i team sammen med pasienten.
- Samlokalisering av flere fagområder (somatiske og/eller PHV, BUP og TSB) i poliklinikkområdet gjør at standard undersøkelsesrom, og videokonsultasjonsrom kan brukes fleksibelt. Sambruk av støtterom

som medisinerom, desinfeksjonsrom, lager, toalettområder og hvile-/observasjonsplasser sparer areal og gir mulighet til å ha oversikt over flere pasienter samtidig.

- Flere av de kliniske støttefunksjoner utgjør et lite fagmiljø, og det er ønskelig at disse fagmiljøene holdes samlet for faglig og sosial tilhørighet og utvikling.

Flere virksomhetsområder er vurdert opp mot føringene i hovedprogrammet, og fremkommer i kapittel 9. De som kan vurderes som selvstendige byggetrinn i en mulig trinnvis utbygging er områdene A – C (beskrivelse av alternative virksomhetsområder A - C, kap. 4):

- A. Hele eller deler av tilbudet innenfor psykisk helsevern i byggetrinn 2
All PHV eller Sanderud sykehus i byggetrinn 1 og Reinsvoll sykehus i byggetrinn 2
- B. Etablering av fysisk medisin og rehabilitering i byggetrinn 2
- C. Etablering av akutt og elektiv ortopedi for lokalsykehusområdet Elverum i byggetrinn 2
Etablering av pasienthotell i byggetrinn 2

Flere virksomhetsområder er vurdert opp mot føringer i hovedprogrammet og steg 1 (beskrivelse av alternative virksomhetsområder D – K, kap. 9).

- D. Etablering av stråleenhet i byggetrinn 2
- E. Hele operasjonsenheten i byggetrinn 1 eller dele opp døgnekirurgi og dagkirurgi i byggetrinn 1 og 2
Skille mellom elektiv og akutt virksomhet over to byggetrinn
- F. All somatikk eller hele Hamar sykehus i byggetrinn 1 og hele Gjøvik sykehus i byggetrinn 2
- G. Alle laboratoriefunksjoner i et byggetrinn eller skille laboratoriefunksjoner over to byggetrinn
- H. Alle radiologiske enheter i et byggetrinn eller skille radiologiske enheter over to byggetrinn
- I. Etablering av øyeavdeling i byggetrinn 2
- J. Etablering av AMK i byggetrinn 2
- K. Videreføring av fødeavdeling (eventuelt som fødestue) for lokalsykehusområdet Elverum frem til innflytting byggetrinn 2

4.1 Virksomhetsområde A:

- Hele PHV i byggetrinn 1 eller bygge deler av tilbudet innenfor PHV i byggetrinn 1 og resten i byggetrinn 2

- Sanderud sykehus i trinn 1 og Reinsvoll sykehus i byggetrinn 2

Hovedprogrammet beskriver en samling av all aktivitet innenfor psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Man oppnår med dette et samlet miljø for PHV og TSB, forenklet byggeprosess, avvikling av Reinsvoll og Sanderud sykehus, reduksjon av vaktlinjer, redusert belastning for pasienter som i dag må transporteres mellom sykehusene for undersøkelse og behandling, tverrfaglige spesialiserte team som møter pasientene, og en helhetlig pasientbehandling.

Ved en trinnvis utbygging vil man kunne muliggjøre helhetlige pasientforløp for enkelte pasientgrupper som har behov for behandling innenfor både somatikk og PHV, men det vil fortsatt være fragmentert miljø for PHV og behov for flere vaktlinjer. Man får ikke et best mulig funksjonelt sykehus med en samling av funksjoner, eller redusert belastning for pasienter som i dag må transporteres mellom PHV og somatikk for undersøkelse og behandling. Man må fortsatt drifte bygg for enheter som ikke er flyttet til Mjøssykehuset.

Drøfting SI: Hele eller deler av tilbudet innenfor psykisk helsevern i byggetrinn 2

Mjøssykehuset medfører en samlokalisering av psykisk helsevern og somatikk. En slik samling legger til rette for sammenhengende tjenester for pasienter med sammensatte behov. Det henvises i den forbindelse til Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019 hvor det står «Regjeringen legger derfor til

grunn at framtidens sykehus i størst mulig grad bør samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, slik at pasientene kan få et helhetlig tilbud på samme sted.».

Tjenestetilbudene innenfor psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk er i dag adskilt både faglig og fysisk. Det er et omfattende tilbud ved de distriktspsykiatriske sentrene, dette skal videreutvikles. Innenfor sykehuspsykiatri er det tilbud ved SI Sanderud og SI Reinsvoll, med akuttavdelinger begge steder, ved DPS Gjøvik (spiseforstyrrelser) og enheter innenfor BUP døgn.

Ut fra de bygningsmessige konseptene er det mulig å utsette bygging av arealer for psykisk helsevern til byggetrinn 2. Faglig sett er det svært viktig å sikre tilstrekkelig integrasjon mellom enheter innenfor psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk.

Helse Sør-Øst RHF sin styresak 005-2019 anbefaler at en prioriterer de funksjonene som har størst tilknytning til somatikk i byggetrinn 1, for å sikre behandling av samtidig somatisk sykdom og psykiatrisk sykdom. Det siktes her til alderspsykiatri, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, behandlingstilbud ved spiseforstyrrelser og BUP. I tillegg til å sikre en tverrfaglig tilnærming i pasientbehandlingen, vil en samling av funksjoner også redusere belastningen for pasienter som i dag må transporteres mellom de psykiatriske sykehusene og de somatiske sykehusene for undersøkelse og behandling.

Sykehus som er bygget og tatt i bruk de siste årene, og som har hatt fokus på samlokalisering av PHV og somatikk, er Haugesund sykehus og Sykehuset Østfold Kalnes. I tillegg har Sykehuset i Vestfold bygget nye bygg. I disse sykehusene er det ikke en full integrasjon mellom PHV/TSB og somatikk i samme omfang som Sykehuset Innlandet HF ønsker for Mjøssykehuset.

I Helse Fonna har Haugesund sykehus bygget et nytt akuttmottak for både somatikk og psykisk helsevern samlokalisert, i tillegg er det bygget en ny akuttavdeling for psykisk helsevern, en rusakutt avdeling og AMK-sentral i samme bygg. Psykisk helsevern har egne mottaksrom og somatikk har det samme, slik at mottakssituasjonen har ulik sammensetning av helsepersonell og liten grad av samarbeid på tvers. Erfaringen etter et års drift er at man ikke har oppnådd ønsket samarbeid på tvers av de ulike avdelingene, men at man skal fortsette arbeidet med dette videre.

Sykehuset i Vestfold har bygget nytt bygg for all akutt behandling innen psykisk helsevern og nytt somatikkbygg med nytt akuttmottak. Dette er to separate bygg med en kulvert forbindelse, alternativt gåavstand fra et bygg til et annet som tar et par minutter. Erfaringen til nå er at man har fått til et bedre samarbeid, men at det fortsatt er forbedringspunkter når det gjelder blant annet tilsyn og utskriving.

Sykehuset Østfold har bygget en tredje variant, med separate akuttmottak, men felles korridorløp/sammenhengende sykehusbygg. I 2020 lagde Sykehusbygg en evalueringsrapport som konkluderte med følgende; nærheten fremmer samarbeid på tvers, kompetanseutveksling og helhetlig pasientbehandling. Det ble iverksatt flere samarbeidstiltak, og de fire største er; tilsynsordning, radiologi og laboratorietjenester, tverrfaglig samarbeidsmøter i alderspsykiatrisk seksjon og til slutt opprettelsen av et barne- og ungdomspsykiatrisk team. Erfaringen har vært at teamarbeid øker motivasjon for samarbeid på tvers, en mer helhetlig tekning, og et likere tilbud for alle pasientgrupper. Tiden er inne for å videreutvikle samhandlingen.

Det er flere pågående sykehusprosjekter som har samlokalisering og økt integrering av psykisk helsevern og somatikk i sine planer, eksempelvis: UNN Narvik, Drammen sykehus, Stavanger universitetssykehus, Sykehuset Nordmøre Romsdal og Nye OUS Aker. Disse prosjektene er ikke

ferdigstilt og er derfor ikke tatt med som en del av vurderingen, men vil være av stor interesse etter hvert som de ferdigstilles og tas i bruk. Stavanger universitetssykehus har trinnvis utbygging med somatikk og psykiske helse og avhengighet i helt adskilte byggetrinn. Nye Drammen sykehus har samlet utbygging, men planlegger trinnvis innflytting over et halvt år med ulikt tidspunkt for psykisk helse og avhengighet, poliklinikk og døgnvirksomhet somatikk.

Foreløpig konklusjon/anbefaling:

Det er mulig å bygge arealer for PHV og TSB i to byggetrinn, men det har noen ulemper med fragmentert pasientbehandling, flere vaktlinjer og byggestøy i hele perioden fra innflytting byggetrinn 1 til innflytting byggetrinn 2.

4.2 Virksomhetsområde B: Etablering av fysikalsk medisin og rehabilitering i byggetrinn 2

Det er i Hovedprogrammet steg 1 pekt på at fysikalsk medisin og rehabilitering har tett samarbeid med ortopedi, geriatri og nevrologi, og at disse enhetene bør ligge i nærheten av hverandre. Ved å utsette bygging for fysikalsk medisin og rehabilitering til trinn 2, videreføres utfordringene med rekruttering og opprettholdelse av kompetanse, det vil fortsatt være fragmenterte fagmiljø og manglende helhetlig pasientforløp. *Det er teknisk mulig å bygge arealer for fysikalsk medisin og rehabilitering i byggetrinn 2. Denne løsningen kan eventuelt sees sammen med alternativ hvor pasienthotell bygges i steg 2, slik at arealet kan etableres i samme bygg og dermed benytte samme fellesarealer.*

Drøfting SI: Fysikalsk medisin og rehabilitering i byggetrinn 2

Fagområdene fysikalsk medisin og rehabilitering er lokalisert på tre ulike steder i foretaket, på Ottestad, Solås og Granheim (lungerehabilitering). Fagmiljøene har gjennom innspill våren 2022 pekt på behovet for å samlokalisere fysikalsk medisin og rehabilitering med de øvrige somatiske funksjonene dersom man i større grad enn i dag skal kunne ivareta Helse Sør-Øst sine føringer for rehabiliteringsfeltet. Føringerne omfatter blant annet styrking av tidlig rehabilitering og at spesialisert rehabilitering integreres i helhetlige pasientforløp. I tillegg vil en samling av fagområdene bidra til å styrke fagmiljøer som allerede i dag har utfordringer med rekruttering og opprettholdelse av kompetanse. En utsettelse av denne samlingen er mulig, men ikke ønskelig. Hvis en skal utsette innflytting av fysikalsk medisin og rehabilitering, må en påregne kostnader til helt nødvendig oppgradering av eksisterende arealer.

Foreløpig konklusjon/anbefaling:

Det er mulig å bygge arealer for fysikalsk medisin og rehabilitering i byggetrinn 2. Utsatt samling av fagområdet vil gi ulemper med manglende helhetlig pasientforløp og fortsatt fragmenterte fagmiljø.

4.3 Virksomhetsområde C:

- Etablering av akutt og elektiv ortopedi for lokalsykehusområdet Elverum i byggetrinn 2

- Etablering av pasienthotell i byggetrinn 2

Ved å utsette overføringen av akutt og elektiv ortopedi for lokalsykehusområdet Elverum, vil de ansatte beholde sin arbeidsplass til byggetrinn 2 er realisert. For å ivareta god logistikk i Mjøssykehuset, bør senger og operasjonsstuer bygges i trinn 1. Sengene kan benyttes som

hotellsenger slik at bygging av pasienthotellet kan utsettes til byggetrinn 2. I Mjøssykehuset er det planlagt en samlet operasjonsavdeling som vil ha gevinst av fellesareal- og støtterom. Det vil være enklere å følge Sykehusbygg sin arealnorm for operasjonssaler ved å ha felles støtterom. Operasjonsavdelingen bygges med mange standardiserte rom som legger til rette for fleksibilitet. Det planlegges for å skille mellom elektiv og akutt aktivitet, og for dagkirurgi. Dette kan gjøres ved at man har separate innganger. Hvis man skulle dele opp operasjonsavdelingen over eksempelvis to etasjer vil det kunne føre til et behov for økt areal og bemanning.

Drøfting SI: Etablering av akutt og elektiv ortopedi for lokalsykehusområdet Elverum i byggetrinn 2

Det elektive sykehuset i Elverum er i tråd med vedtak i styringsgruppen sak 040-2022, utvidet med akuttfunksjoner for indremedisin for området som i dag har Elverum som sitt lokalsykehus. Dette tilsvarer om lag 60 000 innbyggere. Sykehuset Innlandet HF har pekt på utfordringene knyttet til akutt indremedisin ved det elektive sykehuset. I tillegg har medvirkningsorganene pekt på at tilbudet til befolkningen i tidligere Hedmark blir fragmentert, med oppmøter på sykehuset i Elverum for noen tilbud, i Moelv for andre, og på Lillehammer for eldre med brudd. Faglig sett er det ønskelig å samle akuttfunksjonene i Mjøssykehuset. I en vurdering av mulig trinnvis utbygging er det utfra vurderingene gitt i styringsgruppa sak 028-2022, 9. mars 2022 viktigst å samle spesialiserte funksjoner i steg 1. Hvis en legger opp til at sykehuset i Elverum i tillegg til akutt indremedisin beholder akutt- og elektiv ortopedi for lokalsykehusområdet Elverum i byggetrinn 1, vil pasienter og ansatte i stor grad kunne forholde seg til Elverum sykehus, som i dag, i perioden fram til byggetrinn 2 er realisert. En bør samtidig utsette opprettelsen av en ortogeriatrisk enhet ved akuttsykehuset på Lillehammer til trinn 2, slik at eldre over 70 år i denne perioden vil få sitt tilbud lokalt.

Arealene for fagområdet ortopedi fra lokalsykehusområdet Elverum, bør uansett bygges i trinn 1 for å sikre god framtidig logistikk i Mjøssykehuset. Sengene kan benyttes som hotellsenger til byggetrinn 2 er realisert, og bygging av pasienthotell kan dermed utsettes til byggetrinn 2. Operasjonsstuene kan eventuelt benyttes til dagkirurgisk volum fra Hamar, slik at pasienter og ansatte fra Hamar sykehus i perioden fram til byggetrinn 2 er ferdig i stor grad kan forholde seg til ett sykehus og en arbeidsplass.

Foreløpig konklusjon/anbefaling:

Det er mulig å utsette flytting av akutt og elektiv ortopedi på Elverum til byggetrinn 2 og bruke sengearealet i Mjøssykehuset til pasienthotell i byggetrinn 1.

5 Alternativer for trinnvis utbygging av Mjøssykehuset

5.1 Bakgrunn for alternativene

I tråd med styringsgruppens sak 090-2022, se kapittel 1.2, har Sykehusbygg HF vurdert om arealer innenfor somatikk og psykisk helsevern kan etableres i egne bygg. Utfra de bygningsmessige konseptene omtalt i kapittel 5.4 er det mulig å utsette bygging av både somatiske arealer og arealer for psykisk helsevern til byggetrinn 2. Faglig sett er det argumentert for viktigheten av å samle spesialiserte funksjoner innen somatikk og deler av psykisk helsevern i første byggetrinn. Dette er særskilt vurdert i Helse Sør-Øst RHF sin styresak 005-2019:

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

Videre vil det i andre trinn være naturlig å samle resterende sykehuspsykiatri. Arbeidsgruppen som har vært nedsatt med representanter fra Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF har sett på mulig trinnvis utvikling av Mjøssykehuset:

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

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

Under vurderes fire alternativer for trinnvis utbygging av Mjøssykehuset som er mulig utfra bygningsmessige forhold. Ikke alle alternativene er i tråd med anbefalingene gitt i Helse Sør-Øst RHF sin styresak 005-2019, og dette kommenteres særskilt under alternativene. Alternativene ble behandlet i styringsgruppen for konseptfasen 19. desember 2022.

De fire alternativene er eksempler på mulige byggetrinn, som er lagt til grunn i en vurdering av hvorvidt en trinnvis utbygging kan bidra til å redusere risiko i de omstillings- og utviklingsprosessene organisasjonen må igjennom. Alternativene påvirker i utgangspunktet ikke foretakets kapasitet til å møte befolkningens samlede behov for spesialisthelsetjenester, men enhetene som flytter inn i første byggetrinn vil kunne bli påvirket av byggearbeider, støy og støv ved gjennomføring av neste byggetrinn.

De fire alternativene som er beskrevet i neste kapittel er vurdert i medvirkningsprosessen hvor Sykehuset Innlandet HF har gjennomført en skriftlig innspillsrunde. Utover de fire eksemplene som er beskrevet, vil det være mulig å etablere andre kombinasjoner av det samme virksomhetsinnholdet. Kombinasjonen som vil gi et størst mulig byggetrinn 2 er en variant av alternativ 1, der PHV og etablering av fysikalsk medisin og rehabilitering, samt akutt og elektiv ortopedi for lokalsykehusområdet Elverum og pasienthotell utsettes til byggetrinn 2. For økonomiske vurderinger se kapittel 6 avsnitt 2.

5.2 Beskrivelse av alternativene

5.2.1 Alternativ 1

	Trinn 1	Trinn 2
Alternativ 1	<ul style="list-style-type: none"> - Alle spesialiserte funksjoner innenfor somatikk inkludert habilitering og fysikalsk medisin og rehabilitering - Lokalsykehusfunksjoner fra Gjøvik, Hamar og Elverum som skal til Mjøssykehuset - Enhet for spiseforstyrrelser fra DPS Gjøvik hvis det vurderes hensiktsmessig 	<ul style="list-style-type: none"> - Funksjoner innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra Reinsvoll og Sanderud, samt enheter innenfor BUP
	Bruttoareal (m²): 99 784	Bruttoareal (m²): 19 700
	Antall årsverk: ca. 2 000	Antall årsverk: ca. 1 000
	Antall ansatte: ca. 2 600	Antall ansatte: ca. 1 400

Tabell 1 Alternativ 1

I alternativ 1 vil en få samlet alle de somatiske funksjonene som skal til Mjøssykehuset. Dette gir mer sammenhengende pasientforløp for pasienter med somatiske behov, samler små sårbare fagmiljøer, og gir mindre vaktbelastning enn i dag innenfor de somatiske fagområdene. For pasienter innenfor psykisk helsevern og for pasienter som har samtidige behov innenfor somatikk og psykisk helsevern, vil alternativet videreføre dagens utfordringer. Små og sårbare fagområder innenfor psykisk helsevern vil ikke bli samlet før i byggetrinn 2.

Løsningen vil gi ny bygningsmasse for de somatiske funksjonene som skal til Mjøssykehuset, og en kan flytte ut av byggene på Hamar, Gjøvik, Granheim, Solås og Ottestad. Enhetene innenfor psykisk helsevern vil ikke få ny bygningsmasse før i byggetrinn 2, noe som medfører at disse enhetene må videreføres og vedlikeholdes i påvente av neste byggetrinn. I hovedprogrammet steg 1, er det lagt opp til en tett integrasjon mellom rusakutt, øvrige akuttfunksjoner innenfor psykisk helsevern og somatikk, mellom barne- og ungdomspsykiatri, habilitering og pediatri, mellom alderspsykiatri, indremedisin og nevrologi, og mellom spiseforstyrrelser og somatikk. Når trinn 2 er realisert, vil bygningsmassen for psykisk helsevern være separate bygg eller bygg som er tilknyttet byggene fra trinn 1, noe som vanskeliggjør denne integrasjonen. Alternativ 1 oppfyller ikke anbefalingene i Helse Sør-Øst RHF sin styresak 005-2019.

5.2.2 Alternativ 2

	Trinn 1	Trinn 2
Alternativ 2	<ul style="list-style-type: none"> - Alle spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, ekskl. fysikalsk medisin og rehabilitering - Lokalsykehusfunksjoner fra Gjøvik, Hamar og Elverum, ekskl. akutt og elektiv ortopedi for Elverums lokalsykehusområde - Funksjonene fra psykisk helsevern på Sanderud, BUP, og spiseforstyrrelser fra DPS Gjøvik 	<ul style="list-style-type: none"> - Resterende somatikk, dvs. akutt og elektiv ortopedi fra Elverum og fysikalsk medisin og rehabilitering - Funksjoner innenfor psykisk helsevern på Reinsvoll
	Bruttoareal (m²): 105 144	Bruttoareal (m²): 14 340
	Antall årsverk: ca. 2 400	Antall årsverk: ca. 600
	Antall ansatte: ca. 3 100	Antall ansatte: ca. 900

Tabell 2 Alternativ 2

I alternativ 2 vil en få samlet de fleste somatiske funksjonene som skal til Mjøssykehuset, med unntak av fysikalsk medisin og rehabilitering, og akutt og elektiv ortopedi fra Elverums lokalsykehusområde. Alternativet gir samlet sett mindre vaktbelastning enn i dag, selv om vaktordningene på Elverum, Solås og Ottestad må styrkes. Tilbudene innenfor barne- og ungdomspsykiatri, spiseforstyrrelser, alderspsykiatri, og deler av tilbudet innenfor akuttpsykiatri og deler av TSB, kan samlokaliseres med somatiske funksjoner i byggetrinn 1, slik det er lagt opp til i hovedprogrammet. Disse fagområdene vil ha tilgang på nødvendig støtte fra enheter innenfor voksenpsykiatri. Løsningen muliggjør opprettelsen av et felles akuttmottak og et rusakuttmottak, men forutsetter en god plan for hvordan arealet kan økes til å ivareta hele pasientpopulasjonen i byggetrinn 2.

Løsningen vil gi mer sammenhengende pasientforløp enn i dag for pasienter med somatiske behov, for pasienter innenfor psykisk helsevern som i dag får sin behandling på Sanderud, og for pasienter som har samtidige behov innenfor somatikk og psykisk helsevern. En del små og sårbare fagområder innenfor psykisk helsevern, eksempelvis TSB, vil ikke bli samlet før i byggetrinn 2. Løsningen er i tråd med anbefalingene gitt i Helse Sør-Øst RHF sin styresak 005-2019.

Alternativet gir ny bygningsmasse for de fleste funksjonene som skal til Mjøssykehuset, og en kan flytte ut av bygg på Hamar, Gjøvik, Sanderud og virksomhetssteder for BUP.

5.2.3 Alternativ 3

	Trinn 1	Trinn 2	
Alternativ 3	<ul style="list-style-type: none"> - Alle spesialiserte funksjoner innenfor somatikk inkludert habilitering og fysikalsk medisin og rehabilitering - Lokalsykehusfunksjoner fra Gjøvik, Hamar og Elverum som skal til Mjøssykehuset - Funksjoner innenfor psykisk helsevern med størst tilknytning til somatikk, dvs. BUP, spiseforstyrrelser, TSB og alderspsykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> - Resterende funksjoner innen psykisk helsevern 	
	Bruttoareal (m²):	108 916	Bruttoareal (m²):
	Antall årsverk:	ca. 2 300	Antall årsverk:
	Antall ansatte:	ca. 3 000	Antall ansatte:
			10 568
			ca. 700
			ca. 1 000

Tabell 3 Alternativ 3

I alternativ 3 samles alle de somatiske funksjonene som skal til Mjøssykehuset, og dette gir mindre vaktbelastning enn i dag innenfor de somatiske fagområdene. Tilbudene innenfor barne- og ungdomspsykiatri, spiseforstyrrelser, alderspsykiatri og TSB, blir samlokalisert med somatiske funksjoner i byggetrinn 1 slik det legges opp til i hovedprogrammet, men vil mangle nødvendig støtte fra enheter innenfor voksenpsykiatri. De ulike døgnpostene innenfor psykisk helsevern er avhengig av hverandre, ikke minst i situasjoner hvor atferdsforstyrrelser, voldelig utagering og alvorlig selvskading skaper akutte situasjoner som er personellkrevende og som krever spesiell kompetanse på denne typen problemstillinger. Et alternativ uten slik støtte, vil kreve mer personell og gi behov for en ny vaktlinje innenfor psykisk helsevern. Løsningen muliggjør et rusakuttmottak, men forutsetter en god plan for hvordan arealet kan økes til å ivareta hele pasientpopulasjonen i byggetrinn 2. Alternativet er i tråd med anbefalingene gitt i Helse Sør-Øst RHF sin styresak 005-2019.

Løsningen vil gi mer sammenhengende pasientforløp for pasienter med somatiske behov og for noen pasientgrupper som har samtidige behov innenfor somatikk og psykisk helsevern, samtidig skaper det brudd i pasientforløp som går fra akuttkjeden innenfor psykisk helsevern.

Alternativet gir ny bygningsmasse for en del av funksjonene som skal til Mjøssykehuset i byggetrinn 1, og en kan flytte ut av byggene på Hamar, Gjøvik, Granheim, Solås, Ottestad og virksomhetssteder for BUP. I tillegg vil store arealer i Sanderud bli ledige.

5.2.4 Alternativ 4

	Trinn 1	Trinn 2
Alternativ 4	<ul style="list-style-type: none"> - Alle spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, ekskl. fysikalsk medisin og rehabilitering - Lokalsykehusfunksjoner fra Gjøvik, Hamar og Elverum, ekskl. akutt og elektiv ortopedi for Elverums lokalsykehusområde - Funksjoner innenfor psykisk helsevern med størst tilknytning til somatikk, dvs. BUP, spiseforstyrrelser, TSB og alderspsykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> - Resterende somatikk, dvs. akutt og elektiv ortopedi fra Elverum og fysikalsk medisin og rehabilitering - Resterende funksjoner innenfor psykisk helsevern
	Bruttoareal (m²): 101 523	Bruttoareal (m²): 17 961
	Antall årsverk: ca. 2 100	Antall årsverk: ca. 900
	Antall ansatte: ca. 2 800	Antall ansatte: ca. 1 200

Tabell 4 Alternativ 4

I alternativ 4 vil en få samlet de fleste somatiske funksjonene som skal til Mjøssykehuset, med unntak av fysikalsk medisin og rehabilitering, og akutt og elektiv ortopedi fra Elverums lokalsykehusområde. Alternativet gir samlet sett mindre vaktbelastning enn i dag, selv om vaktordningene på Elverum, Solås og Ottestad må styrkes. Tilbudene innenfor barne- og ungdomspsykiatri, spiseforstyrrelser, alderspsykiatri og TSB, blir samlokalisert med somatiske funksjoner i byggetrinn 1 slik det legges opp til i hovedprogrammet, men vil mangle nødvendig støtte fra enheter innenfor voksenpsykiatri. De ulike døgnpostene innenfor psykisk helsevern er avhengig av hverandre, ikke minst i situasjoner hvor atferdsforstyrrelser, voldelig utagering og alvorlig selvskading skaper akutte situasjoner som er personellkrevende og som krever spesiell kompetanse på denne typen problemstillinger. Et alternativ uten slik støtte, vil kreve mer personell og gi behov for en ny vaktlinje innenfor psykisk helsevern. Løsningen muliggjør et rusakuttmottak. Det forutsetter en god plan for hvordan arealet kan økes til å ivareta hele pasientpopulasjonen i byggetrinn 2. Alternativet er i tråd med anbefalingene gitt i Helse Sør-Øst RHF sin styresak 005-2019.

Løsningen vil gi mer sammenhengende pasientforløp for pasienter med somatiske behov og for en del pasienter som har samtidige behov innenfor somatikk og psykisk helsevern.

Alternativet gir ny bygningsmasse for en del av funksjonene som skal til Mjøssykehuset i byggetrinn 1, og en kan flytte ut av byggene på Hamar, Gjøvik og virksomhetssteder for BUP. I tillegg vil store arealer på Sanderud bli ledige.

5.3 Bygningsmessige konsekvenser av trinnvis utbygging

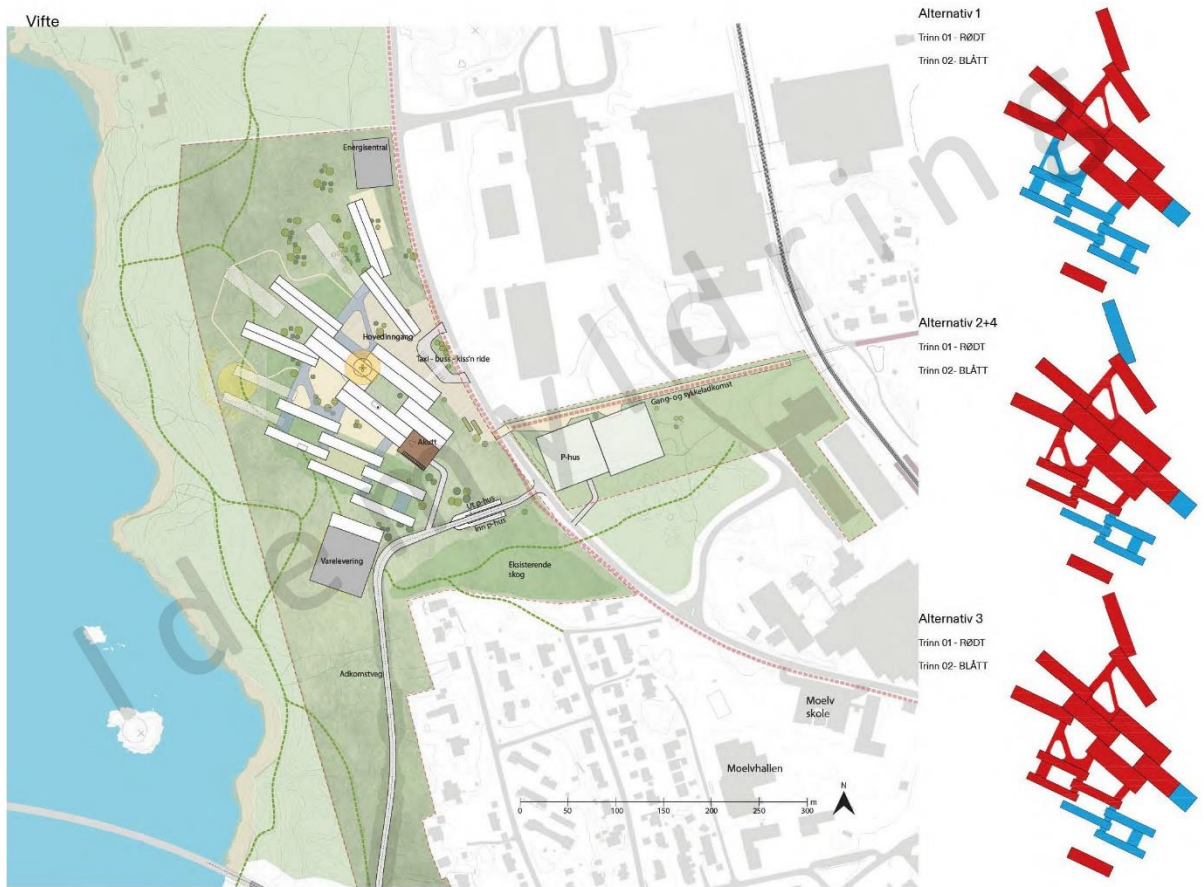
5.3.1 Bygningsmessige konsept trinnvis utbygging

I konseptfasen for Sykehuset Innlandet HF er det fra prosjekteringsgruppen (PG) utarbeidet en rekke ulike alternativer til bygningsmessige konsepter, som en form for "idemyldring". Disse gir grunnlag for å teste ut funksjonelle og strukturelle grep for virksomheten som kan passe på den konkrete tomten. Konseptskissene er løpende vurdert gjennom felles drøftinger og medvirkning, for finne gode strategier til bygningsmessige svar på sykehusets behov.

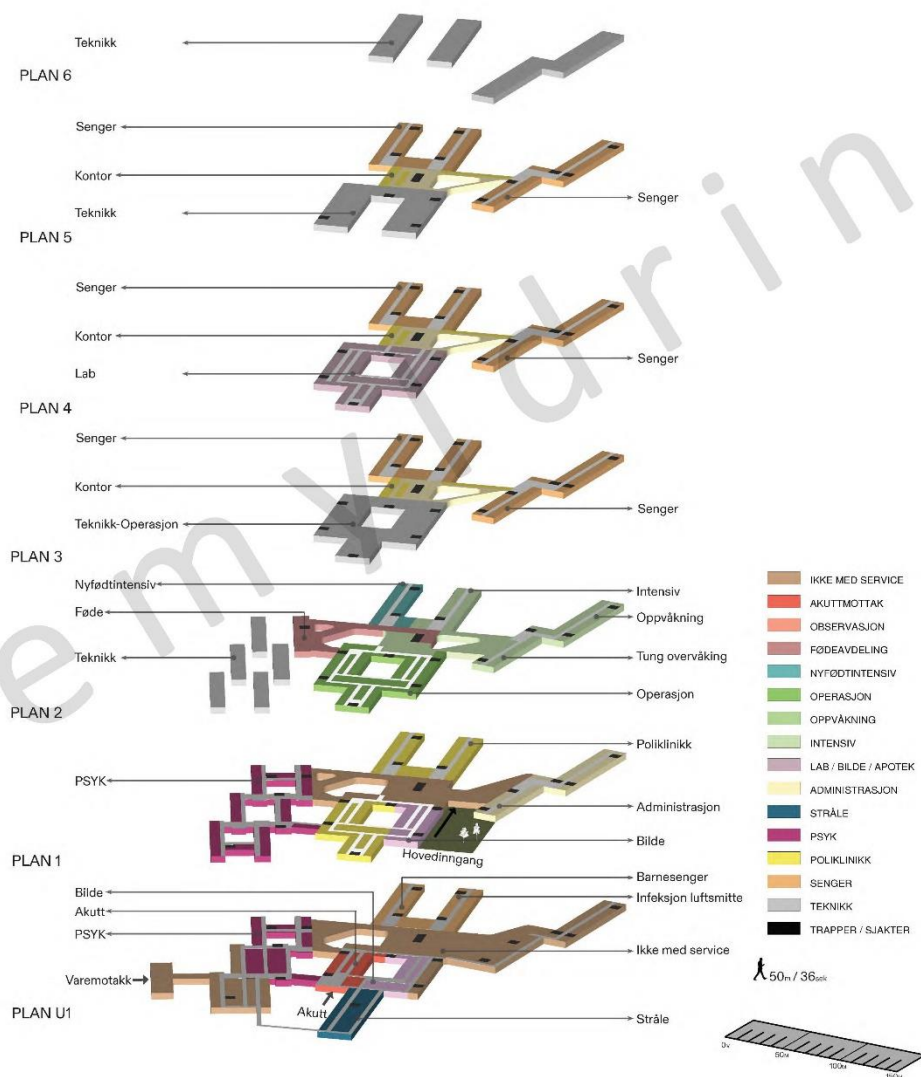
5.3.1.1 Vurderte bygningsmessige konsepter

Med utgangspunkt i hovedprogram for Mjøssykehuset-alternativet, og alternativene for trinnvis utbygging beskrevet i kap. 5, er det illustrert overordnet hvordan bygningsmassen kan deles opp i en trinnvis utbygging. Alternativene er gitt navn, kun for å skille og omtale dem på en enkel måte. Pr januar 2023 er det 3 hovedalternativer. Disse har samme bruttoareal, (119.000 m² BTA + parkeringshus), basert på hovedprogrammet.

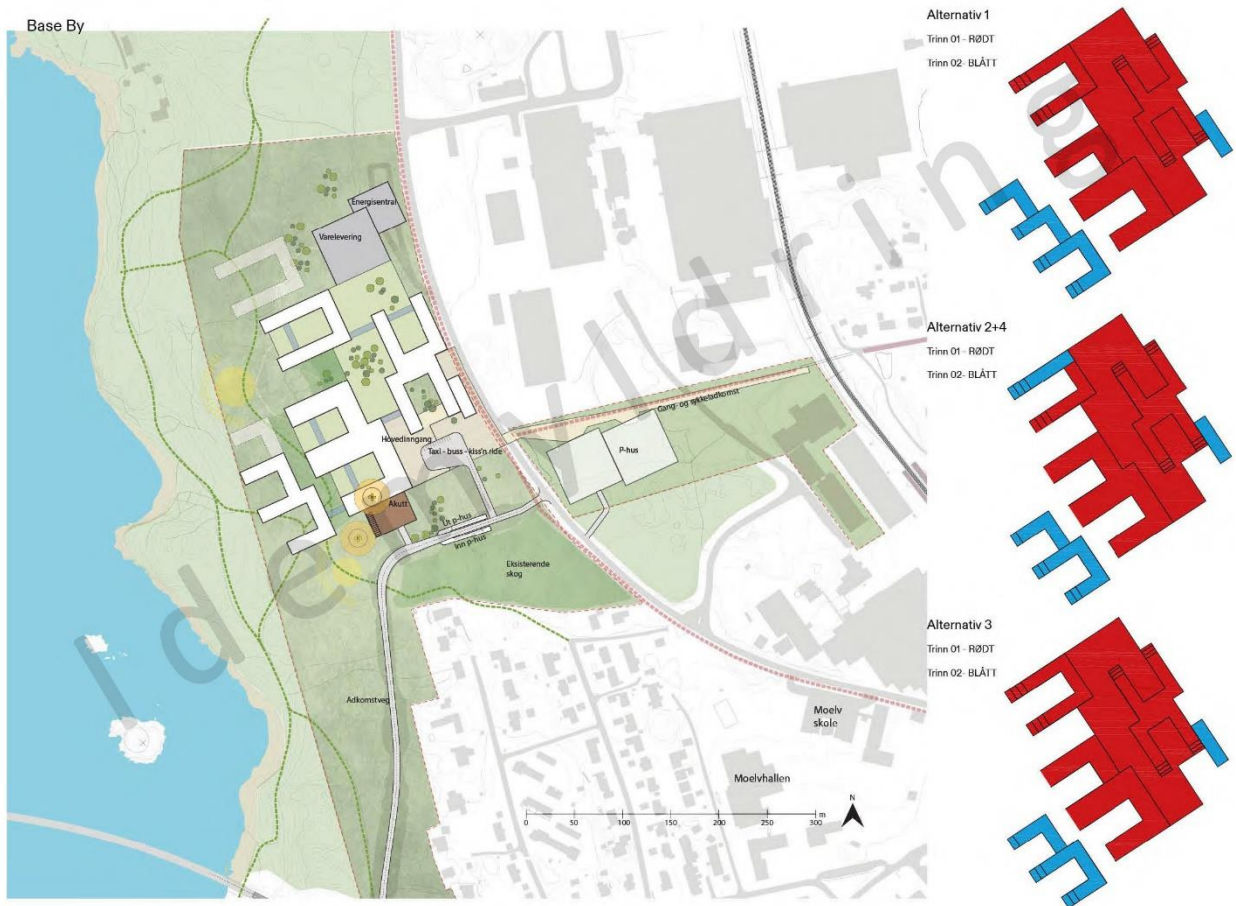
1. Alternativ "Vifte"



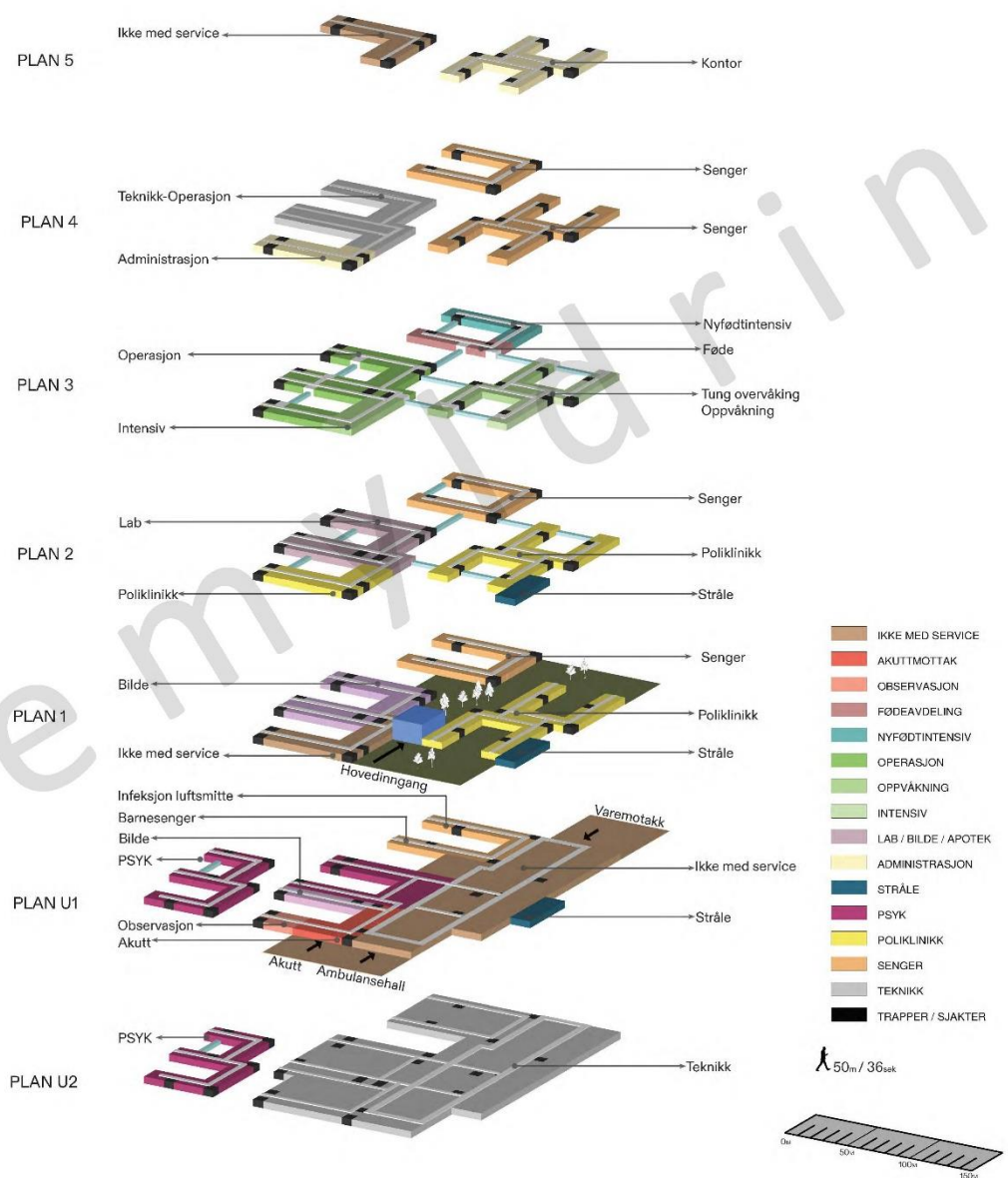
Figur 2: Vifte

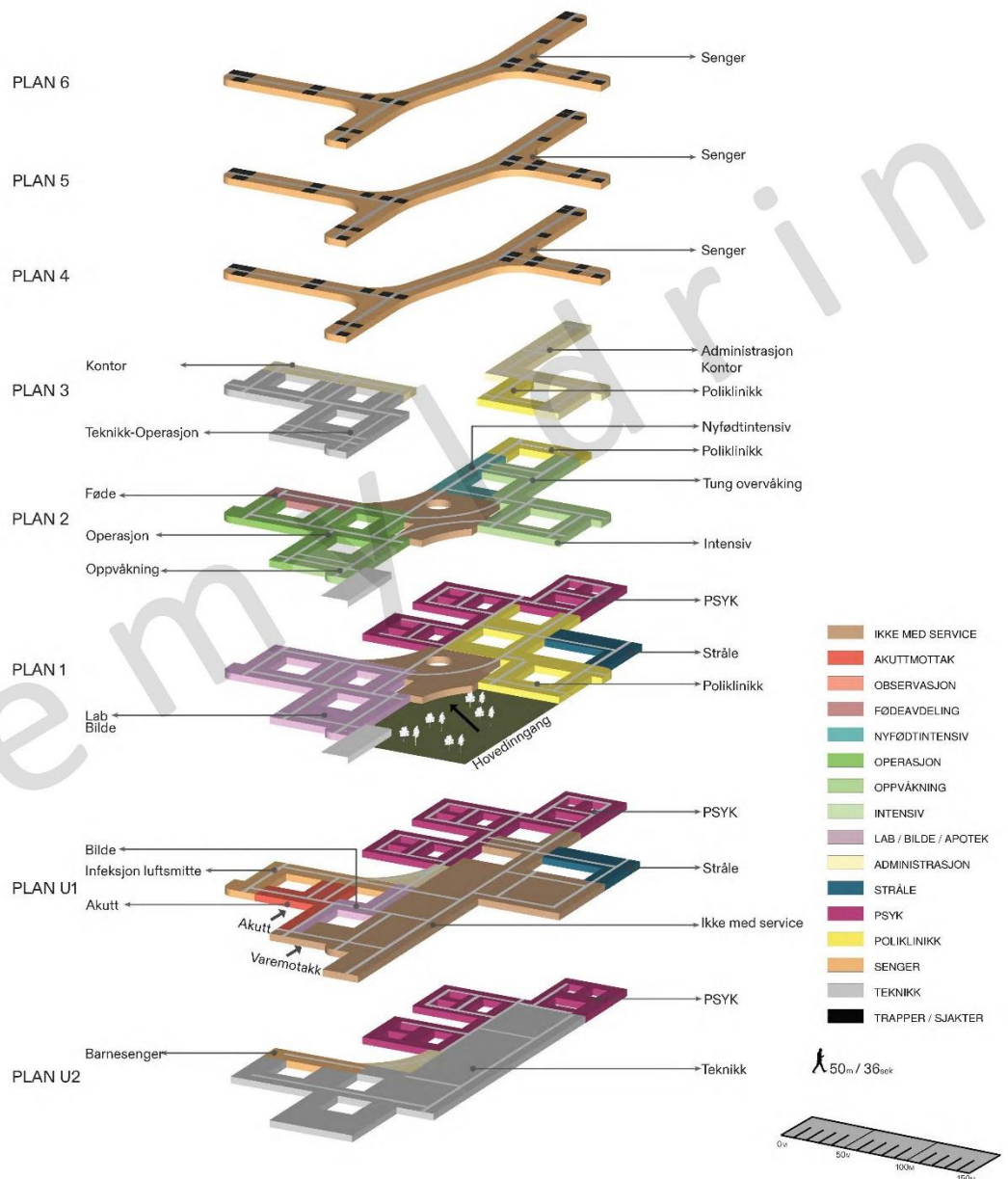


2. Alternativ "Base+By"



Figur 3: Base + by





Den største forskjellen på de tre konseptskissene er at 1. "Vifte" og 2. "Base +By" deler opp prosjektet i flere bygg, og har sengepostene på siden av behandlingsbyggene. 3. "Bue" er et mer samlet prosjekt, hvor sengeetasjene er satt på toppen av bygget.

5.3.2 Areal som må bygges i trinn 1 som tilhører trinn 2

Det vil ved en trinnvis utbygging i noen grad være behov for å utføre oppgaver og gjøre byggeaktiviteter som først får sin fulle utnyttelse eller effekt etter at trinn 2 blir gjennomført. Det vil være deler av prosjektet som deler funksjon med begge trinn eller aktiviteter som det vil være u hensiktsmessig, fordyrende eller forstyrrende for driften å bygge i trinn 2.

Prosjekteringsgruppen har ikke gjort en fullstendig analyse av dette i denne sammenhengen, men peker her på hvilke typiske deler av prosjektet dette gjelder.

Grunnarbeider: Det kan være hensiktsmessig at utsprengingen av deler av tomten til trinn 2-bygg utføres i trinn 1 hvis disse arbeidene vil forstyrre driften for mye om de gjøres i trinn 2 (rystelser,

støy, utlasting og tilkjøring av løsmasser) eller av logistikkgrunner er uhensiktsmessig i trinn 2 (kjøreveier over etablerte uteområder eller generelt vanskelig tilkomst).

Varegård: Her vil det være funksjoner med veier, kjøreareal, lasteramper og oppstillingsareal for containere som ikke får sin fulle utnyttelse før i trinn 2 som bør bygges som en helhet i trinn 1.

Energisentral: Energisentralen (varmepumper, kjelinstallasjon for spisslast og reservekraftanlegg) vil bygges i trinn 1. Mulig med redusert reservekraftanlegg (eks. 2 av 3 generatorsett).

Kulvert: Kulverten er den tekniske “blodåren” som forbinder ulike logistiske funksjoner med andre deler av sykehuset og helheten med varegård og energisentral.

P-hus: Det vil trolig være hensiktsmessig å bygge P-huset ut i sin fulle kapasitet som én aktivitet, men dette vil være avhengig av hvor stort trinn 2 er og hvordan P-huset utformes.

6 Økonomi

Økonomianalysene er et supplement til de økonomiske analysene for Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF som framgikk av delrapport til konseptfasens steg 1, datert 5. august 2022. De oppdaterte økonomiske analysene viser alternativer til trinnvis utbygging av Mjøssykehuset sammenlignet med en samlet utbygging av Mjøssykehuset. For sammenligning mot null-pluss alternativet henvises det til delrapporten av 5. august 2022.

De økonomiske analysene tar utgangspunkt i de fire skisserte alternativene til en trinnvis utbygging av Mjøssykehuset. Dersom det legges ytterligere funksjoner i byggetrinn 2 enn hva som ligger til grunn for disse alternativene, vil de økonomiske effektene av trinnvis utbygging forsterkes sammenlignet med hva som fremgår av analysene under. For de økonomiske beregningene er det antatt at byggetrinn 2 starter minimum 1 år før idriftsettelse av byggetrinn 1, og at byggetrinn 2 blir satt i drift ca. 3 år etter byggetrinn 1.

Hvis byggetrinn 2 blir utsatt til etter oppstart av byggetrinn 1 vil dette ha flere konsekvenser. For byggeprosjektet vil dette innebære at man må etablere et nytt byggherreteam og kontrahere rådgivere og entreprenører på nytt. Det må gjennomføres et mere omfattende forprosjekt og det vil være en større usikkerhet for kostnadsutviklingen og derav gjennomføring av prosjektet innenfor økonomisk ramme. I tillegg vil driftsøkonomiske gevinster bli utsatt ytterligere til trinn 2 er gjennomført, og man vil opprettholde drift i gjenværende bygg over en lengere periode som medfører at FDV-gevinsten forskyves tilsvarende. En eventuell utsettelse av trinn 2 kan også fremtvinge større reinvesteringer i de gjenværende byggene.

6.1 Prosjektkostnad

6.1.1 Investeringsestimater

Investeringsestimatene for trinnvis utbygging av Mjøssykehuset baserer seg i hovedsak på de samme forutsetninger som for samlet utbygging. Det vil si at de totale arealforutsetningene, brutto/nettofaktor og kvadratmeterpris for byggetrinn 1 tilsvarer forutsetningene for samlet utbygging av Mjøssykehuset. En samlet utbygging av Mjøssykehuset ble estimert til 11,3 milliarder kroner i steg 1 (eksklusive tomt og ikke-byggnær IKT). Estimaterne for alternativene til trinnvis utbygging varierer fra om lag 11,4 til 11,6 milliarder kroner, ref. tabell 5.

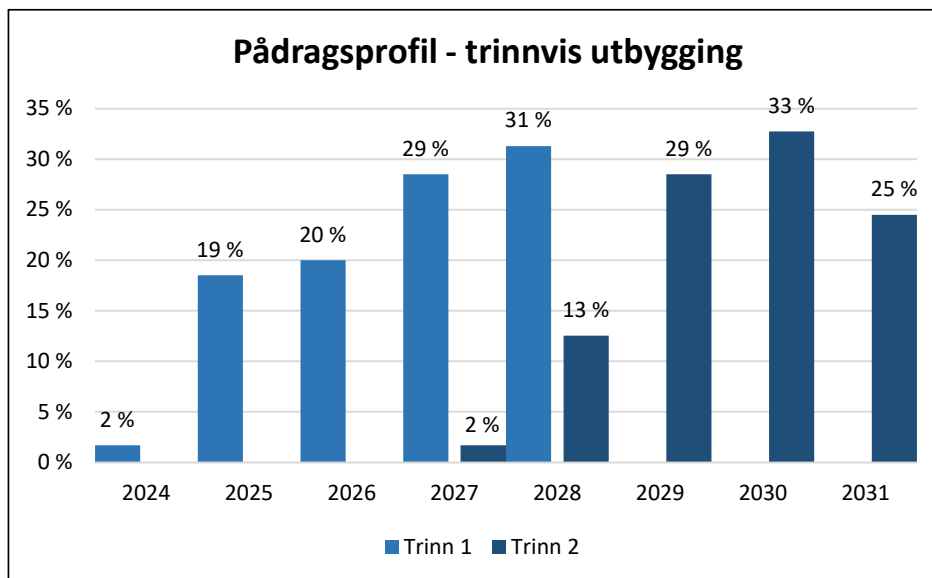
Investeringsestimater (tall i MNOK)	Mjøssykehuset - samlet utbygging	Mjøssykehuset - trinnvis utbygging - alternativ 1	Mjøssykehuset - trinnvis utbygging - alternativ 2	Mjøssykehuset - trinnvis utbygging - alternativ 3	Mjøssykehuset - trinnvis utbygging - alternativ 4
Trinn 1	11 279	9 420	9 926	10 282	9 584
Trinn 2		2 139	1 557	1 147	1 950
Total nybygginvesteringer	11 279	11 558	11 482	11 429	11 534

Tabell 5 Oversikt over estimerte totale investeringskostnader i byggetrinn 1 og byggetrinn 2 for alternativ utbygging av Mjøssykehuset

Økte byggekostnader som følge av trinnvis utbygging er estimert til om lag 15% av totale investeringskostnader for byggetrinn 2. Hovedårsakene til økningen er at det vil være entreprisadministrasjon over en lengre periode, huskostnadene vil øke som en følge av forlenget periode av rigg og drift på byggeplassen og kostnader knyttet til grunnarbeider som følge av bygging inntil nybygg vil øke noe. Bygging inntil sykehus i drift vil ikke bare påvirke grunnkostnader, men også at logistikken knyttet til arbeidet vil bli mer krevende når byggeprosjektet må tilpasse seg til et sykehus i drift.

6.1.2 Byggeperiode og pådragsprofil

Byggeperioden ivaretar like forutsetninger for byggetrinn 1 som ved samlet utbygging av Mjøssykehuset i konseptfase steg 1 for sammenlignbarhet. Den trinnvise utbyggingen er forutsatt å primært strekke seg fra 2025-2028 for byggetrinn 1 og 2028-2031 for byggetrinn 2, som vist i figur 5.



Figur 5 Pådragsprofil forutsatt likt for alle alternativer med trinnvis utbygging fra år 2023-2031

6.2 Driftsgevinster og andre driftsøkonomiske effekter

6.2.1 Overordnet om forutsetninger for driftsgevinster og driftsøkonomi

De driftsøkonomiske vurderingene av trinnvis utbygging er utført av Sykehuset Innlandet HF. Vurderingene bygger videre på utredningen fra konseptfasens steg 1, dokumentert av Sykehuset Innlandet HF i Driftsøkonomiske vurderinger av framtidig sykehusstruktur datert 30. juni 2022. Effekt av trinnvis utbygging for alternativet med Mjøssykehuset er vurdert med utgangspunkt i føringer gitt for virksomhetsinnhold i byggetrinnene og de forutsetningene for de trinnvise alternativene som ligger til grunn.

Funksjoner som utsettes til senere trinn må opprettholdes ved eksisterende lokasjoner. Dette innebærer at enkelte driftsøkonomiske gevinster ikke vil kunne realiseres i sin helhet før andre byggetrinn er gjennomført. Videre har Sykehuset Innlandet HF vurdert om det vil være ytterligere driftsøkonomiske effekter i klinisk drift og for drift av eiendomsmassen ved en trinnvis utbygging. Vurderingene tilsier at for klinisk drift er det i all hovedsak en senere realisering av driftsgevinster som er konsekvensen av trinnvis utbygging, mens for drift av eiendomsmassen vil trinnvis utbygging medføre ulempekostnader i form av høyere totalareal i helseforetaket over de tre årene fra ibruktage av byggetrinn 1 til ibruktage av byggetrinn 2.

Det understrekes at analysene er beheftet med en stor grad av usikkerhet på dette stadiet, og estimatene vil bearbeides videre i konseptfasen. De økonomiske effektene er beregnet ut fra et overordnet perspektiv og er sensitive for endringer av forutsetningene som er lagt til grunn.

6.2.2 Driftsgevinster

Tabell 6 viser estimerte driftsgevinster som antas realisert etter henholdsvis byggetrinn 1 og byggetrinn 2 for hvert hovedområde for alternativene til trinnvis utbygging, vurdert av Sykehuset Innlandet HF. Sum nettogevinster etter begge byggetrinn er lik for alternativene. Sum nettogevinster samsvarer også med samlet utbygging av Mjøssykehuset. Dette skyldes at de strukturelle- og bygningsmessige forholdene som ligger til grunn for de driftsøkonomiske estimatene i all hovedsak er forutsatt å være like for samlet og trinnvis utbygging av Mjøssykehuset.

Driftsgevinstene er gjennomgått for alle områdene med tanke på å kartlegge hvilke effekter inntreffer i de ulike byggetrinnene. Driftsgevinstene er satt opp på en slik måte at det i noen tilfeller er egne beregninger for områdene som skal deles i flere trinn, mens det i andre tilfeller er benyttet vurderinger av relative andeler for å bestemme tidspunktet for når driftsgevinstene slår inn. Overordnet er det virksomheter innenfor psykisk helsevern, habilitering/rehabilitering og akutt ortopedi Elverum som er tenkt utsatt til byggetrinn 2 i alternativene. Eventuelle ulempekostnader er vurdert overordnet for alle alternativene innenfor hvert område.

Hovedområde	Samlet utbygging	Alternativ 1		Alternativ 2		Alternativ 3		Alternativ 4	
		Trinn 1	Trinn 2	Trinn 1	Trinn 2	Trinn 1	Trinn 2	Trinn 1	Trinn 2
Klinisk personell somatikk	215	215	0	165	50	215	0	165	50
Klinisk personell psyk/TSB	55	-5	60	30	25	15	40	15	40
Medisinsk service- og støttefunksjoner	30	30	0	25	5	30	0	25	5
Prehospitale tjenester og pasientreiser	-35	-35	0	-35	0	-35	0	-35	0
FDV	15	-15	30	0	15	-10	25	-10	25
Øvrige service- og støttefunksjoner	75	50	25	55	20	50	25	50	25
Andre driftseffekter	15	15	0	15	0	15	0	15	0
Sum estimerte nettogevinster	370	255	115	255	115	280	90	225	145
Prosentvis fordeling av driftsøkonomiske gevinster i 2040		69 %	31 %	69 %	31 %	76 %	24 %	61 %	39 %

Tabell 6 Estimerte årlige driftsøkonomiske gevinster i 2040 (MNOK).

Klinisk personell somatikk

I alternativ 2 og 4 er de estimerte driftsøkonomiske gevinstene periodisert på samme måte. Deler av totalgevinsten utsettes til trinn 2 som følge av at akutt ortopedi ved Elverum og habilitering/rehabilitering overføres til Mjøssykehuset først i trinn 2. I alternativ 1 og 3 overføres klinisk personell somatikk i sin helhet i trinn 1 for begge alternativer.

Klinisk personell psykisk helsevern og TSB (tværfaglig spesialisert rusbehandling)

Fordelingen av driftsøkonomiske gevinster er høyere i trinn 1 for alternativ 2, mens majoriteten av gevinstene utsettes til trinn 2 for de andre alternativene. Det er vurdert at det vil være større driftsgevinst ved å flytte Sanderud i sin helhet enn utvalgte funksjoner til Mjøssykehuset. For alternativ 1 vil kostnadene til vaktordninger øke i forhold til baseline frem til ferdigstilling av trinn 2,

dersom enhet for spiseforstyrrelser inngår i Mjøssykehuset som eneste psykiatriske virksomhet. Alternativ 3 og 4 gir også økte kostnader til vaktordninger innen psykiatri.

Medisinsk service- og støttefunksjoner

I alternativ 2 og 4 er de estimerte driftsøkonomiske gevinstene periodisert på samme måte. Medisinsk service og støttefunksjoner samles i trinn 1 for begge alternativ. Ved utsettelse av flytting av akutt og elektiv ortopedi Elverum vil noe av gevinsten utsettes til trinn 2. Gevinstene fra medisinsk service- og støttefunksjoner inntreffer i sin helhet i trinn 1 for alternativ 1 og 3.

Prehospitale tjenester og pasientreiser

Det er vurdert av Sykehuset Innlandet HF at driftseffekten vil inntreffe allerede fra trinn 1 for alle alternativene.

Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)

Driftsøkonomisk effekt er estimert basert på oppdatert fordeling av areal i de ulike alternativene. Alternativene 1, 3 og 4 innebærer en mindre arealreduksjon i trinn 1 sammenliknet med alternativ 2. Dette medfører at FDV-gevinsten i større grad forskyves til trinn 2 for disse alternativene i forhold til alternativ 2. Alternativ 2 er det alternativet med lavest estimert totalt arealbehov i trinn 1. Alternativet legger også til rette for at Sanderud kan avhendes tidligere. Tabellen over viser at det for alternativ 1, 3 og 4 oppstår en forventet ulempekostnad, da arealene er høyere enn i dagens bygningsmasse for en mellomperiode. Denne kostnaden øker dersom tidspunktet for ferdigstilling av byggetrinn 2 forskyves mer enn det som er forutsatt.

Øvrige service- og støttefunksjoner

Estimerte driftsøkonomiske gevinster er 5 millioner høyere i trinn 1 for alternativ 2 enn for andre alternativ. Dette skyldes i hovedsak en bedre logistikk for matforsyning for Psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) og et lavere antall servicetorg enn i de andre alternativene.

Estimerte driftsøkonomiske gevinster for andre driftseffekter (leiekostnader) er lik for alle alternativene.

6.2.3 Øvrige driftsøkonomiske effekter og periodisering

Vedlikehold i gjenværende bygg er beregnet for tre ekstra år i de ulike alternativene, i tråd med analysene som ble benyttet i Konseptfasens steg 1 utarbeidet av Norconsult. Kostnaden vil øke for hvert år fram til byggene kan avhendes, avhengig av antall bygg/areal i det enkelte alternativ. Ved en eventuell utsettelse av trinn 2 kan det etter hvert framtvinge større reinvesteringer i de gjenværende byggene.

Ikke-byggnær IKT (O-IKT) er forutsatt med lik kvadratmeterpris for hvert byggetrinn (6.460 kr per kvadratmeter) fordelt med en tjenestepriis til Sykehuspartner HF på 8 år etter hvert byggetrinn. Dette utgjør totalt 772 millioner kroner for Mjøssykehuset samlet sett. En trinnvis bygging vil gi forskjellig periodisering basert på nybyggarealene i byggetrinnene for de ulike alternativene.

Engangskostnader knyttet til organisasjonsutviklingsprosess, mottaksprosjekt og flytting til nybygg er fordelt over flere år og totalt sett høyere enn estimatet for sammenhengende utbygging. Totalt er alternativavhengige engangskostnader for organisasjonsutviklingsprosess, mottaksprosjekt, flytte- og ulempekostnader foreløpig estimert til å utgjøre om lag 675 millioner kroner. Basert på de foreløpige, overordnede forutsetningene er estimatet likt for alle alternativene for trinnvis utbygging.

Totalavsetningen er økt sammenliknet med sammenhengende utbygging. De økte omstillingskostnadene begrunnes i at tidsperspektivet for omstillingsprogram og mottaksprosjekt er

lengre. Erfaringer fra andre byggeprosjekt er at det ofte er behov for omstrukturering av poliklinikk i overgangsfaser mellom to byggetrinn. I tillegg er det behov for revidering av prosedyrer/prosessbeskrivelser, endret lederstruktur i en mellomfase, samt flere omganger med opplæring og kulturbygging, sammenlignet med en sammenhengende utbygging. Det at byggetrinn 2 ligger lengre fram i tid, kan medføre at opprinnelige planer må oppdateres. Det er i innspillene fra organisasjonen pekt på at en lengre omstillingsprosess vil påvirke evnen til å rekruttere og beholde personell. Det er derfor tatt noe høyde for økte kostnader til å dekke opp vakante stillinger og reduserte inntekter som følge av lavere produktivitet. Disse effektene er hensyntatt i ØLP-analysene. Det er stor usikkerhet knyttet til pukkelkostnadene ved omstillingsprosessen, når det gjelder både beløp og periodisering av kostnader. Nåværende forutsetninger må bearbeides og verifiseres i senere faser av arbeidet.

6.3 Bæreevne prosjektnivå

6.3.1 Økonomisk bæreevne – innledning

Et investeringsprosjekt har økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid dersom summen av driftsgevinstene (netto fri kontantstrøm) overstiger avdrag og renter på investeringen. Netto nåverdi må også være positiv. Samtidig må prosjektets eventuelle behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt være innenfor helseforetakets og regionens handlingsrom.

Analyser av prosjektets økonomiske bæreevne (uten egenfinansiering) gir et grunnlag for å vurdere prosjektets driftsøkonomiske konsekvenser opp mot totalinvesteringen, uavhengig av finansieringsform. De økonomiske analysene er sensitive for endringer i overordnede forutsetninger. Derfor er de grunnleggende forutsetningene for analysene like som i utredningen av samlet utbygging i delrapporten fra konseptfasens steg 1. Analyseperioden er opprettholdt til 2060, men hensyntar levetid utover analyseperioden for byggetrinn 2 ved at det er innarbeidet restverdi av investeringene i byggetrinn 2 for sammenlignbarhet med analysen av samlet utbygging av Mjøssykehuset.

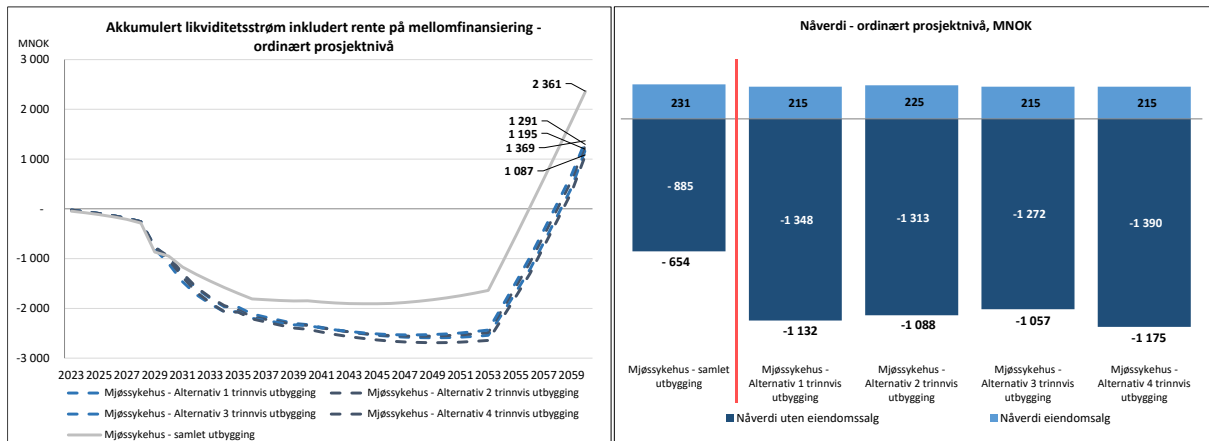
Det er gjennomført analyser av økonomisk bæreevne på to nivåer, ordinært prosjektnivå og utvidet prosjektnivå, likt utredning i konseptfase steg 1.

6.3.2 Økonomisk bæreevne for Mjøssykehuset, ordinært prosjektnivå

Figur 6 oppsummerer resultatene fra bæreevneanalysene på prosjektnivå. Ingen av prosjektanalysene viser økonomisk bæreevne for begge kriteriene.

En samlet utbygging av Mjøssykehuset viser en nåverdi som er 400 – 500 millioner kroner høyere enn alternativene med trinnvis utbygging. Forskjellen mellom de trinnvise alternativene er om lag 120 millioner kroner fra det økonomisk mest fordelaktige til det økonomisk minst fordelaktige alternativ. Alle alternativene viser negativ nåverdi ved bruk av 3% diskonteringsrente.

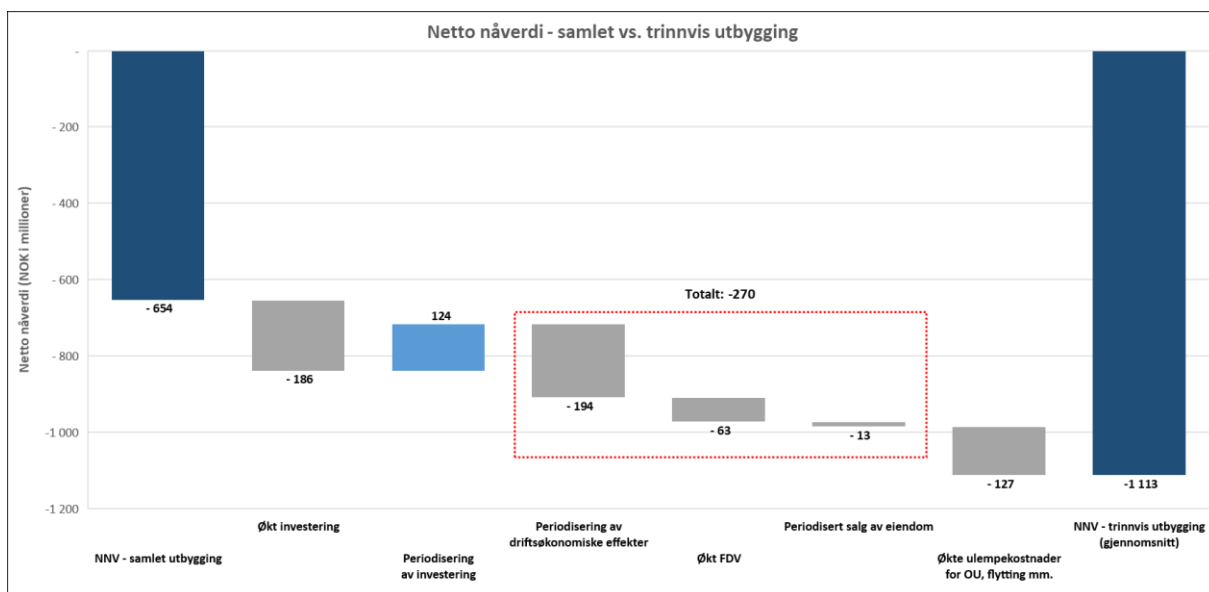
En samlet utbygging av Mjøssykehuset gir en positiv akkumulert likviditetsstrøm som er om lag 1,0 – 1,3 milliarder kroner høyere enn alternativene med trinnvis utbygging. Alle alternativ viser positiv akkumulert likviditetsstrøm over prosjektets definerte levetid. Ulikhetene mellom de trinnvise alternativene varierer med om lag 300 millioner kroner ved analyseperiodens slutt.



Figur 6 Akkumulert likviditetsstrøm for hvert alternativ (venstre) og en oppsummering av nåverdiberegning ved bruk av 3% diskonteringsrente for hvert alternativ (høyre)

Nåverdianalysene i delrapport økonomi fra konseptfasens steg 1 er framstilt ved bruk av 4 % reell diskonteringsrente, men hvor nåverdiene av å legge til grunn en reell diskonteringsrente på 3% også framgår. I denne tilleggsrapporten vises kun nåverdiberegning ved bruk av 3% reell diskonteringsrente. Konklusjonen og forskjellen i nåverdi mellom alternativene er ikke vesentlig påvirket av valgt diskonteringsrente.

Figur 7 viser en dekomponering av forskjellen i netto nåverdi mellom samlet utbygging av Mjøssykehuset og et gjennomsnitt av alternativene for trinnvis utbygging. Som figuren viser er effekten av økt estimert investeringskostnad for trinnvis utbygging i stor grad motvirket av en forskjøvet pådragsprofil. Forskjellen i netto nåverdi er hovedsakelig forklart av en senere realisering av totale driftsgevinster, økte kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold av den totale bygningsmassen i mellomperioden samt utsatt eiendomssalg (utgjør totalt 270 millioner kroner av differansen i netto nåverdi). Estimerte merkostnader knyttet til organisasjonsutvikling og flytting ved trinnvis utbygging sammenlignet med samlet utbygging viser isolert en effekt på 127 millioner kroner på netto nåverdi.



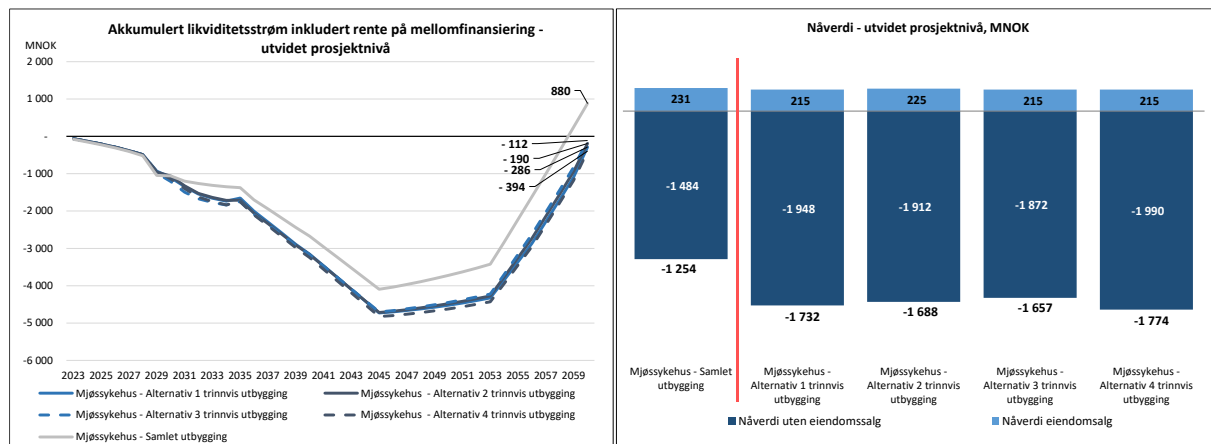
Figur 7 viser isolerte effekter på nåverdiberegning fra samlet utbygging til trinnvis utbygging av Mjøssykehuset

Analysene viser at samlet utbygging av Mjøssykehuset er bedre økonomisk sett enn trinnvis

utbygging, og de viser at det økonomisk ikke er vesentlige forskjeller mellom de ulike alternativene for trinnvis utbygging.

6.3.3 Økonomisk bæreevne for Mjøssykehuset, utvidet prosjektnivå

Figur 8 oppsummerer resultatene fra bæreevneanalysene på utvidet prosjektnivå. Utvidet prosjektnivå inkluderer investeringer i gjenværende bygg i sykehusstrukturen, og er relevant for strukturvalget mellom Mjøssykehuset og null-pluss alternativet. Ingen av prosjektanalysene viser økonomisk bæreevne for begge kriteriene. Samlet utbygging av Mjøssykehuset gir fortsatt positiv akkumulert likviditetsstrøm, men for alternativene med trinnvis utbygging er det negativ akkumulert likviditetsstrøm i år 2060. Analysene gir de samme konklusjonene som analysene på ordinært prosjektnivå.



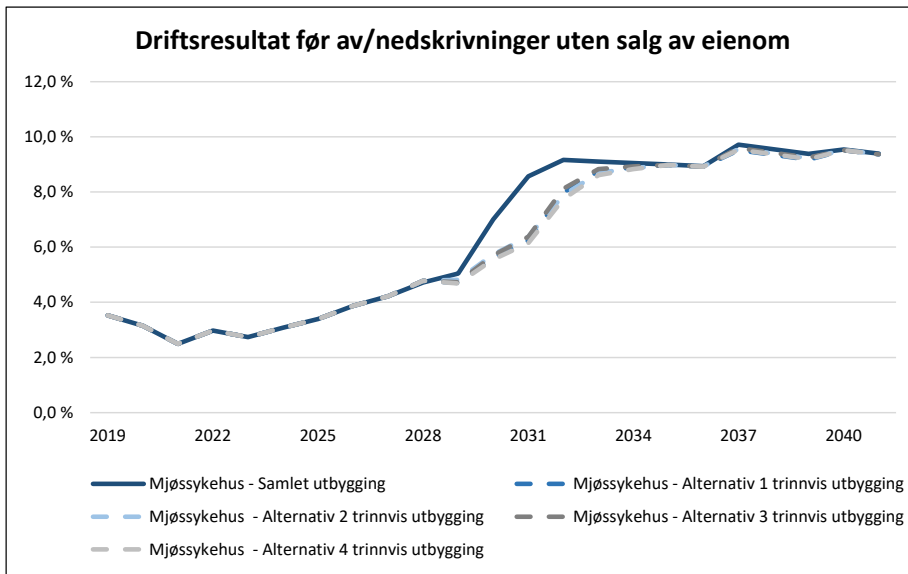
Figur 8 Akkumulert likviditetsstrøm for hvert alternativ i figur til venstre og en oppsummering av nåverdiberegning ved bruk av 3% diskonteringsrente for hvert alternativ i figur til høyre

6.4 Bæreevne helseforetaksnivå

6.4.1 Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå

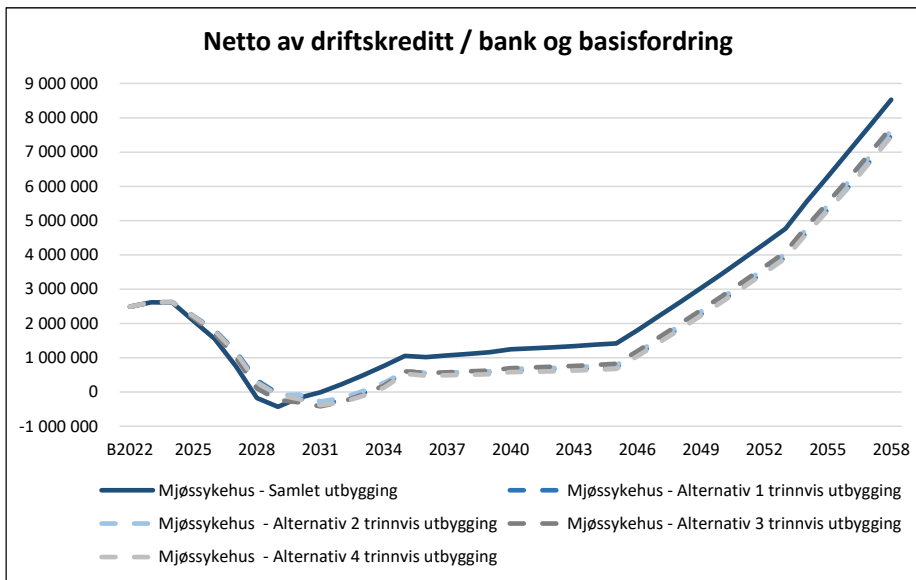
Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå er en sentral forutsetning i vurderingen av et investeringsprosjekt. Det er viktig å etablere et totalbilde av den økonomiske utviklingen for helseforetaket i prosessen med å vurdere konsekvensene av de ulike alternativene. Dette innebærer en framskriving av kontantstrøm og regnskapsmessig resultat for helseforetaket som helhet, og ikke kun analyser av økonomiske endringer. Ved vurdering av helseforetakets bæreevne er egenfinansiering og øvrige investeringsbehov og planer ved helseforetaket inkludert, herunder deres tilhørende finansiering og økonomiske gevinster.

Figurene nedenfor viser utvikling i driftsresultat (før av-/nedskrivninger) og netto av driftskreditt og basisfordring for samlet utbygging av Mjøssykehuset og for alternativer til trinnvis utbygging av Mjøssykehuset.



Figur 9 Utvikling i driftsresultat 2019-2041

Figur 9 viser helseforetakets budsjetterte utvikling i driftsmargin (før avskrivninger og renter) for samlet utbygging av Mjøssykehuset og alternativene for trinnvis utbygging. Sykehuset Innlandet HF har forutsatt effektivisering i forkant av byggeprosjektene og driftsmarginen går fra om lag 3 % i 2022 til 4,8 % i 2028 i alle alternativene. I 2029 forutsettes det at prosjektene er ferdigstilt og gevinstene fra prosjektet påvirker driftsmarginen for Mjøssykehuset. For alternativene med trinnvis utbygging er det ikke vesentlige forskjeller i utvikling av driftsmarginen. I perioden 2029 og framover vil alternativene med trinnvis utbygging fremdeles være i byggeperiode som vil medføre ulempekostnader og at en andel av driftsgevinstene innføres tre år senere. Ved alle alternativene for utbygging av Mjøssykehuset er driftsmarginen forutsatt å øke til om lag 9,5 % i utgang av perioden.



Figur 10 Utvikling i netto av driftskreditt / bank og basisfordring 2022–2060

Helseforetakets bæreevne i et likviditetsperspektiv uttrykkes som netto av foretakets driftskreditt og basisfordring mot Helse Sør-Øst RHF (basisfordring/-gjeld). Denne bæreevnen påvirkes av investeringsnivået, finansieringsforutsetninger og prosjektenes konsekvenser for driftsøkonomien. Figur 10 viser framskrevet utvikling av netto driftskreditt og basisfordring ved gjennomføring av

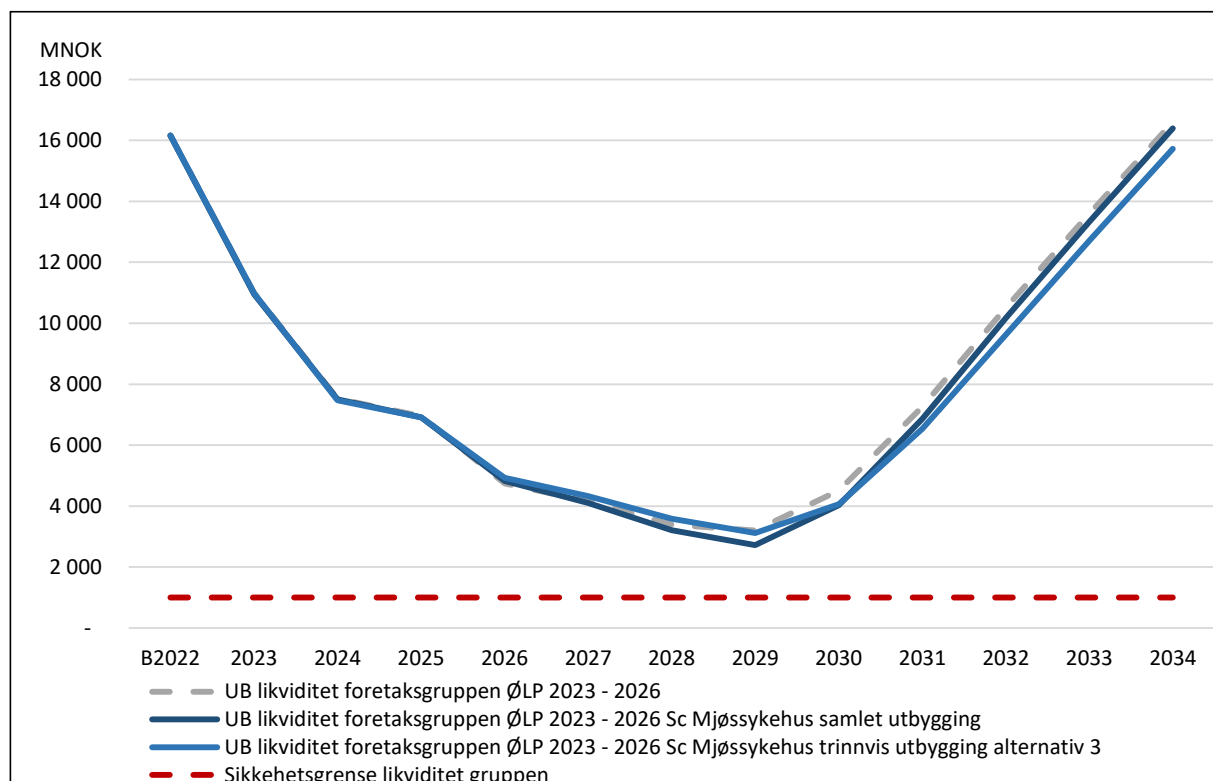
Mjøssykehuset. Dersom netto likviditet i grafen er negativ i en periode, har helseforetaket behov for mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF.

Ved samlet utbygging av Mjøssykehuset viser analysen at Sykehuset Innlandet HF har behov for mellomfinansiering i perioden 2028 til 2031, med et bunnpunkt i 2029 på negative 440 millioner kroner. Ved trinnvis utbygging skyves en andel av investeringene og driftsgevinstene ut i tid, og Sykehuset Innlandet HF har behov for mellomfinansiering i perioden 2029 til 2033 med et gjennomsnittlig bunnpunkt i 2031 på negative 360 millioner kroner. Netto av driftskreditt og basisfordring for Sykehuset Innlandet HF re-etableres på dagens nivå i 2049 for alle alternativer av trinnvis utbygging. Under de forutsetningene som er lagt til grunn for samlet og trinnvis utbygging av Mjøssykehuset viser likviditetsframskrivningene en noe bedre langsiktig økonomisk bæreevne for Sykehuset Innlandet HF ved en samlet utbygging enn ved en trinnvis utbygging.

Oppdaterte økonomiske langtidsplaner fra Sykehuset Innlandet HF for de ulike alternativene til utbygging av Mjøssykehuset viser at helseforetaket har økonomisk bæreevne under de forutsetninger som er lagt til grunn.

6.5 Bæreevne helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst

Basert på sist vedtatt regional økonomisk langtidsplan, jamfør sak 068-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026, er det gjennomført en oppdatering av den regionale økonomiske bæreevnen for å synliggjøre effektene av trinnvis utbygging av Mjøssykehuset. Det er benyttet alternativ 3 for trinnvis utbygging for sammenligning da dette alternativet har den høyeste likviditetsbelastningen ved konsernlikviditetens bunnpunkt i år 2029.



Figur 11 Økonomisk bæreevne på regionalt nivå for samlet utbygging av Mjøssykehuset og alternativ 3 til trinnvis utbygging.

I sitt innspill til økonomisk langtidsplan 2023-2026 hadde Sykehuset Innlandet HF innarbeidet alternativet med Mjøssykehuset. Det var dermed tatt høyde for Mjøssykehuset i sak 068-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 for Helse Sør-Øst. Det ble vist at foretaksgruppen hadde

økonomisk handlingsrom for å planlegge de felles prioriterte investeringsprosjekter som var innarbeidet i saken. I vedtatt regional økonomisk langtidsplan 2023-2026 var det likviditetsmessige bunnpunktet på 3,2 milliarder kroner tilgjengelig likviditet i år 2029.

Analysen som er gjennomført for trinnvis utbygging tar utgangspunkt i foreliggende regionale økonomisk langtidsplan med en oppdatering av innspillet fra Sykehuset Innlandet HF, slik som i delrapport konseptfase steg 1. Sammenlignet med samlet utbygging av Mjøssykehuset er investeringskostnadene økt i tråd med nye kostnadsestimater i tilleggsutredningen. Byggeperioden er forutsatt fra 2025 fram til 2029 for byggetrinn 1 og 2028 frem til 2032 for byggetrinn 2. I tillegg er det innarbeidet en oppdatert periodisering av driftsgevinstene og de øvrige driftsøkonomiske effektene som Sykehuset Innlandet HF har vurdert for trinnvis utbygging.

Oppdatert framskriving av konsernlikviditeten ved å legge til grunn trinnvis utbygging av Mjøssykehuset gir et likviditetsmessig bunnpunkt på 3,1 milliarder kroner i år 2029, mot 2,7 milliarder kroner for samlet utbygging av Mjøssykehuset. Dette forklares i hovedsak av effekten av å utsette en andel av investeringene til et byggetrinn 2. Likviditet i regionen vil på sikt bli noe lavere ved trinnvis utbygging, akkumulerte negativ effekt estimert til om lag 660 millioner kroner i år 2034. Dette skyldes økte investeringskostnader i byggetrinn 2 (om lag 150 millioner kroner), periodiseringseffekt av utsatte gevinster, en mellomperiode med økte totale sykehusarealer ved Sykehuset Innlandet HF og økte ulempekostnader (totalt om lag 550 millioner kroner).

Samtidig som det pågår en konseptfase for Sykehuset Innlandet HF har det i Helse Sør-Øst RHF blitt besluttet å gå videre til gjennomføring av prosjektet Aker og Rikshospitalet ved Oslo universitetssykehus HF, jf. behandling av styresak 146-2022. Ved å innarbeide likviditetseffekten av de oppdaterte forutsetningene for Nye Aker og Nye Rikshospitalet vil det likviditetsmessige bunnpunktet i 2029 for alle alternativene for Mjøssykehuset reduseres med om lag 250 millioner kroner.

Med de felles prioriterte prosjektene som det nå er planlagt for er den regionale likviditeten gjennom hele analyseperioden fortsatt over sikkerhetsgrensen på 1 milliard kroner for alternativene med samlet og trinnvis utbygging, som forutsatt i sak 068-2022. Dette gjelder også ved å inkludere de likviditetsmessige effektene fra forprosjektet på Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

Dersom den videre behandlingen av konseptfasen og prosjektgjennomføringen i Helse Sør-Øst RHF tilsier behov for tiltak for å ivareta det regionale handlingsrommet, vil slike tiltak måtte inngå i videre saks- og styrebehandling i Helse Sør-Øst RHF. Økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst oppdateres årlig, og ble sist vedtatt i sak 068-2022. Beregningene i dette avsnittet innebærer ikke en beslutning om oppdatering av regionens økonomiske langtidsplan, men inngår for å illustrere effekter.

7 Sykehuset Innlandet HF's vurdering av hvordan trinnvis utbygging kan påvirke omstillingsrisiko

Sykehuset Innlandet HF har gjort en overordnet vurdering av risiko for omstilling på bakgrunn av innspillene i den interne medvirkningsprosessen, som er beskrevet i kapittel 5. Innspillene peker på mange av de samme fordelene og ulempene ved en trinnvis utbygging. Flere medvirkningsorganer har gitt innspill på trinnvis utbygging uten å hensynta de fire alternativene. Generelt tar medvirkningsorganene til orde for et størst mulig første byggetrinn, mens det er ulike vurderinger av hvilke fagområder som bør prioriteres. På bakgrunn av de interne innspillene har

Sykehuset Innlandet HF gjort en samlet vurdering av den helhetlige effekten av en trinnvis utbygging som et risikoreducerende tiltak sammenlignet med en sammenhengende utbygging.

7.1 Hovedtrekk fra interne innspill - Faktorer ved trinnvis utbygging som kan redusere risiko i omstillings- og utviklingsprosessene

Trinnvis utbygging kan påvirke risikoen ved omstilling ved å berøre færre enheter og ansatte samtidig. En slik tilnærming kan i noen tilfeller gjøre det enklere å kanalisere ressurser og oppmerksomhet til de delene av organisasjonen som er under omstilling. På den måten kan en mulig trinnvis utbygging bidra til å unngå omfattende og risikofylte endringer i organisasjonen over relativt kort tid.

Sykehuset Innlandet HF har gjennom den interne medvirkningsprosessen fått innspill om at organisasjonen ser få fordeler ved trinnvis utbygging. De interne medvirkningsorganene beskriver generelt noen faktorer som kan redusere risiko ved trinnvis utbygging. Disse faktorene vil være gjeldende på generell basis, også ved en sammenhengende utbygging:

- En godt planlagt trinnvis innflytting av de ulike sykehusene og fagområdene i et hensiktsmessig tidsperspektiv kan redusere risiko i omstillingsprosessen
- For alle skisserte risikoområder, pasient og kvalitet, ansatte og organisasjon, bør en i årene før innflytting standardisere pasientforløp og arbeidsprosesser og gjennomgå trening og opplæring både på individ, gruppe- og organisasjonsnivå
- En strukturert endringsledelse og utviklingsorgan, inkludert tilpasning av organisasjonen i forkant av innflytting
- Ivaretagelse av ansatte, herunder å redusere behovet for at ansatte må skifte arbeidssted flere ganger enn nødvendig
- En avklaring om framtidig sykehusstruktur vil redusere risiko ved å bidra til å skape ro og bidra til å beholde og rekruttere ansatte

7.2 Hovedtrekk fra interne innspill – «Vurderinger ved en eventuell trinnvis utbygging»

Sykehuset Innlandet HF har gjennom den interne medvirkningsprosessen fått innspill om at en trinnvis utbygging vil øke kompleksiteten i omstillingsprosessen ved å inneha flere variabler enn en sammenhengende utbygging. Interne medvirkningsorganer viser til at følgende hensyn og behov bør prioriteres dersom det likevel besluttes en trinnvis utbygging:

- Prioritere prosjektutløsende behov
- Prioritere størst mulig grad av samling, særlig spesialiserte funksjoner, samt fag og funksjoner som er avhengige av hverandre og understøtter helhetlige pasientforløp
- Viktig med en tydelig avklaring av struktur, herunder om eventuell realisering av trinn 2, samt forutsigbare rammer for endringsprosessen
- Behov for å utvikle felles kultur og omstille fagområder i forkant av innflytting
- Behov for å utvikle standardisere pasientforløp og arbeidsprosesser på tvers av dagens struktur
 - Behov for å starte systematisk trening og opplæring både på individ, gruppe- og organisasjonsnivå i forkant av innflytting

7.3 Faktorer ved trinnvis utbygging som kan øke risiko i omstillings- og utviklingsprosessene

Sykehuset Innlandet HF har gjennom den interne medvirkningsprosessen fått innspill fordelt på risikoområdene pasient og kvalitet, ansatte og organisasjon. Disse beskriver i stor grad ulemper ved trinnvis utbygging.

7.3.1 Hovedtrekk fra interne innspill – «Pasient og kvalitet»

Innenfor pasient- og kvalitetsperspektivet vil endringer i pasientforløp og effektivitet kunne påvirkes i en utprøvings- og etableringsperiode. Det er en kjent problemstilling at omfattende omstillingsprosesser kan påvirke produktivitet og kvalitet. I tillegg til ansatte, vil pasienter og pårørende måtte forholde seg til ny struktur.

Interne medvirkningsorganer har gitt følgende innspill når det gjelder hvordan en trinnvis utbygging kan øke omstillingsrisiko innenfor temaet «Pasient/kvalitet»:

- Fortsatt fragmenterte fagmiljø, uønsket variasjon i tilbud og kvalitet fram til trinn 2 er realisert
- Økte avstander mellom samarbeidende enheter og økt behov for transport av pasienter og følgetjeneste
- Trinnvis utbygging utsetter faglige gevinster, som helhetlige pasientforløp, samling av små og sårbare fagmiljøer og samling av tverrfaglige miljøer
- Videreføring av pasientbehandling i gamle og uhensiktsmessige lokaler
- Utfordringer med skjerming av pasientbehandling parallelt med aktivitet på byggeplassen
- Risiko for at foretaket ikke klarer å opprettholde funksjoner og tjenestetilbud

7.3.2 Hovedtrekk fra interne innspill – «Ansatte»

Når man snakker om omstillingsrisiko, er denne oftest knyttet til de ansatte. Arbeidsmiljøer og enheter splittes opp, og etablering av ny organisering med nye kolleger, ledere og kultur kan gi uklar rolleforståelse og lavere mestringsfølelse. Ved endring av arbeidsprosesser og ny teknologi, må ansatte tilegne seg ny kompetanse. Noen ganger kan krevende omstillingsprosesser føre til økt sykefravær, noe som igjen øker arbeidsbelastningen for de gjenværende. For ansatte kan omstilling føre til økt turnover og at mulige, nye kandidater vegrer seg for å søke jobb i en organisasjon i stor omstilling. Omstillinger kan resultere i motvilje hos ansatte. Samtidig er det viktig å merke seg at motstand kan være uttrykk for engasjement og at mange ansatte også ser fram til endringene som skal komme.

Interne medvirkningsorganer har gitt følgende innspill når det gjelder hvordan en trinnvis utbygging kan øke omstillingsrisiko innenfor temaet «Ansatte»:

- Risiko for bemannings- og rekrutteringsutfordringer og økt turnover ved enheter som utsettes til trinn 2
- Risiko for redusert motivasjon hos ansatte
 - Manglende avklaring av sykehusstruktur, hvorvidt det skal bygge trinnvis og innhold/tidshorisont for eventuelle byggetrinn
 - Usikkerhet om trinn 2 vil bli realisert
 - Forlenget omstillingsprosess
 - Videreføring av drift i gamle og uhensiktsmessige bygg
- Økt sikkerhetsrisiko ved håndtering av utagerende pasienter for ansatte som mister tilgang på kompetanse fra samarbeidende enheter
- Vanskelig å etablere en felles kultur og felles arbeidsformer

- Utfordrende for de som kommer inn i trinn 2 å ta del i faglig utvikling og utforming av arbeidsrutiner og arbeidsmiljø
- Dårligere ressursutnyttelse og større vaktbelastning og/eller bemanningsbehov innenfor de fagområdene som berøres av trinnvis utbygging
- Påvirker arbeidsforhold ved drift parallelt med bygging av trinn 2

7.3.3 Hovedtrekk fra interne innspill – «Organisasjon»

Når det gjelder omstillingsrisiko på organisasjonsnivå, påvirkes denne av omfanget og kompleksitet, samt tidsperioden omstillingen pågår. Åpenbare risikoer på organisasjonsnivå inkluderer det å sikre tilstrekkelig lederkraft, god virksomhetsstyring og hensiktsmessig lederstruktur i en overgangsperiode, holde fokus på organisasjonskultur og håndtere kompleksiteten ved å ha drift på flere steder og dermed opprettholde aktivitet.

Interne medvirkningsorganer har gitt følgende innspill når det gjelder hvordan en trinnvis utbygging kan øke omstillingsrisiko innenfor temaet «Organisasjon»:

- Trinnvis utbygging vil øke investeringskostnaden
- Trinnvis utbygging utsetter og reduserer driftsgevinstene
- Behov for å organisere flere omstillingsprosesser, som er kostbart og trekker lederkraft og fokus bort fra daglig drift
 - Kan gi behov for en midlertidig lederstruktur
- Behov for fortsatt drift på mange steder og vedlikehold av gamle uhensiktsmessige lokaler
- Videreføring av flere små og sårbare enheter i et usikkert tidsperspektiv
- Usikkerhet om trinn 2 blir gjennomført
- Vanskelig å etablere en felles kultur og felles arbeidsformer
 - Utfordrende for de som kommer inn i trinn 2 å ta del i faglig utvikling og utforming av arbeidsrutiner og arbeidsmiljø
 - Utfordrende å opprettholde motivasjonen hos ansatte som må vente til trinn 2

7.4 Overordnet oppsummering av hovedtrekkene fra den interne innspillrunden i Sykehuset Innlandet HF vedrørende en trinnvis utbygging

Som skissert under de ulike risikoområdene ovenfor, fraråder medvirkningsorganene i Sykehuset Innlandet HF en trinnvis utbygging som tiltak for å redusere risiko i omstillings og utviklingsprosessene. Det vurderes at ulempene er større enn fordelene ved en trinnvis utbygging. Dette begrunnes blant annet med at det vil gi en tilleggsrisiko i form av en forlenget omstillingsperiode, økt kompleksitet og behov for flere endringsprosesser. Utover dette konkluderes det med at de prosjektutløsende behovene ikke kan realiseres i trinn 1, og det er en bekymring for at en trinnvis utbygging gir usikkerhet rundt realisering av trinn 2. En trinnvis utbygging vil utsette faglige gevinster, og gi en risiko for en krevende driftssituasjon i mellomperioden fram til realisering av trinn 2

Medvirkningsorganene vurderer imidlertid en trinnvis innflytting innenfor et hensiktsmessig tidsperspektiv, en periode som vil være vesentlig kortere enn ved trinnvis utbygging, og andre målrettede omstillingstiltak som viktige for å redusere risiko i overgangen til ny sykehusstruktur.

Trinnvis innflytting som et tiltak som kan redusere risiko knyttet til bruk av nye lokaler, tekniske løsninger (kalibrering, testing, evaluering) og beredskap ved at andre lokalisasjoner kan bistå ved behov, samt andre relevante tiltak, er nærmere beskrevet i kapittel 8.

7.5 Innspill fra Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet HF

Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet HF har som en del av den interne medvirkningsprosessen i forbindelse med tilleggsoppdraget gitt følgende innspill:

«BU har valgt å komme med dette innspillet kun med tanke på pasientens ve og vel.

For BU er dette det mest naturlig, all den stund vi er pasientens talerør og skal gi råd med det for øye.

BU har hele veien vært klar med sitt budskap om et hovedssykehus ved Mjøsbrua.

BU mener at en trinnvis utbygging vil medføre ulemper og risiko for pasientbehandlingen. En samling av bygging av Mjøssykehuset vil være løsningen som gir minst risiko og ulemper for pasientene.

De oppførte alternativene har alle til felles at de er ulogiske konstruksjoner. Alle har i seg faren for at strukturen smuldrer opp og realiseringen av målet skyves ut i det uendelige. I mellomtiden vil det kunne dannes subkulturer og uønsket variasjon vil bli resultatet.

I 2004 fattet BU vedtak om samlokalisering av somatikk, psykiatri og rus som en overordnet føring for det som da gikk under betegnelsen Hovedsykehus. Dette vedtaket er fortsatt overordnet for Brukerutvalget. Presiserer at det for BU ikke er nok at de kommer under samme tak, men at bygget utformes slik at det i tillegg til faglig samarbeid også legger til rette for uformelle møteplasser.»

7.6 Uttalelse fra Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF

«Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF er opptatt av og forutsetter at alle pasienter skal oppleve et godt og robust fagmiljø som er tilgjengelig og samlet for pasienter i sykehusområdet. For alle pasienter er det viktig å ha trygghet for at man får rett hjelp, på rett sted til rett tid.

Brukerutvalgets oppfatning er at det beste for pasientene og ansatte er et samlet fagmiljø med en dør inn, med helhetlig behandling. Brukerutvalget er bekymret for at en trinnvis utbygging kan medføre en risiko for redusert pasientsikkerhet og kvalitet. I alle alternativene er det i byggetrinn 2 foreslått flytting av resterende funksjoner, blant annet deler av psykisk helsevern.

En samlet utbygging av Mjøssykehuset vil etter brukertutvalgets oppfatning være løsningen som vil sikre et helhetlig godt helsetilbud.

Brukerutvalget forutsetter at brukernes synspunkter gjennom uttalelser fra brukertutvalget ved Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Innlandet HF tillegges vekt ved behandling av saken.»

8 Eksempler på målrettede tiltak som understøtter omstillings- og utviklingsprosessene

8.1 Strukturert omstillingsarbeid i de ulike fasene

Omstillings- og utviklingsprosesser deles normalt inn i faser. I beskrivelsen av omstillingsperioden i denne sammenheng, omhandler den fra tidspunktet hvor beslutningen om et retningsvalg er fattet, til ordinær drift i nye bygninger.

Omstillings- og utviklingsprosessene vil, som tidligere nevnt, ved en sammenhengende utbygging foregå over kortere tid enn ved en trinnvis utbygging. I sistnevnte deles det ytterligere opp, men det

kan samtidig skape andre avhengigheter mellom de delene av foretaket som omstilles med de delene av foretaket som ikke omstilles samtidig. Dette medfører at foretaket ved en trinnvis utbygging vil ha ulike deler av foretaket som befinner seg i ulike faser av omstilling- og utviklingsarbeidet på samme tid.

Det vil være viktig at foretaket utvikler og implementerer en helhetlig og planmessig tilnærming til prosessene. I modellen nedenfor skisseres noen av de generiske aktivitetene som tilhører de ulike fasene. Det vil være de tre siste fasene som i størst grad vil være påvirket av en eventuell trinnvis utbygging og/eller innflytting.

Faser	Forberedelse og standardisering	Trening og opplæring	Innflytting og tilpasning	Ibruktageelse
Omstillings- og utviklingsprosesser	<p>Standardisering og felles rutiner/prosedyrer innen pasient- og arbeidsflyt, logistikk og andre områder</p> <p>Justere organisering med ny bemanningsplan, innplassering i stillinger, kompetansekartlegging og ivaretagelse av eventuelle overtallige og/eller ansatte med manglende kompetanse</p> <p>Ny organisasjonsstruktur og rammeverk for virksomhetsstyring</p> <p>Endringsledelse, kultur, bygge ny organisasjon, lederopplæring og -utvikling</p> <p>Kontinuerlig innhente data, evaluere og tilpasse ny struktur</p>	<p>Opplæring i nye/felles arbeidsprosesser, simulering for eksempel i team</p> <p>Opplæring i nytt utstyr og IKT-opplæring</p> <p>Bli kjent i bygget virtuelt og etter hvert fysisk</p>	<p>Ta i bruk nye pasientforløp, nye arbeidsprosesser, samarbeidsarenaer, prosedyrer og rutiner</p> <p>Validering utstyr/rom/IKT og oppfylling av lagre</p> <p>Flytteplan og -prosess med overføring av ansatte og pasienter</p> <p>Testing/prøvedrift av ny infrastruktur og nytt bygg</p> <p>Opplæring i nye rutiner, bygg, IKT og utstyr inkl. simulering av akutte hendelser og beredskap</p> <p>Feilretting, tilpasning og justering som også vil innebære endrede samarbeidsmønstre med eksterne samarbeidspartnere</p> <p>Trinnvis innflytting</p>	<p>Tilpasning</p> <p>Forbedring</p> <p>Evaluering</p> <p>Forankring</p>

Tabell 7 Faser og aktiviteter i omstillingsprosessen.

8.2 Gradvis utvikling og implementering av ny organisasjonsmodell

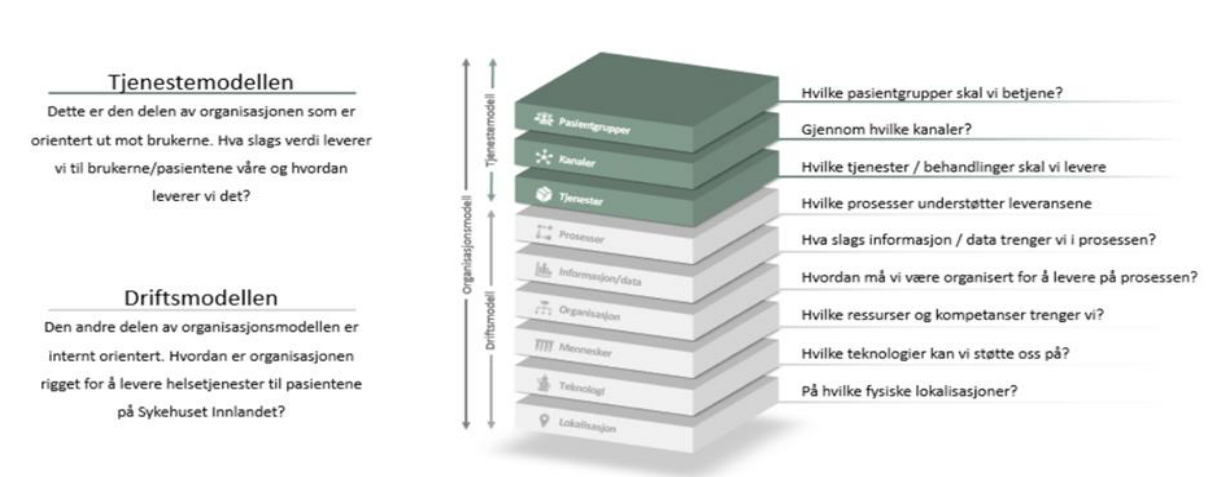
Erfaringer fra blant annet Sykehuset Østfold HF og nye Sjukehuset Nordmøre og Romsdal viser at tidlig felles ledelse for de organisasjonene som skal slås sammen og bred involvering i organisasjonsutviklingsprosesser, med hensikt å utarbeide felles mål, driftsmodeller, rutiner og

prosedyrer, er gode virkemidler for å minske risiko i overgangen fra bygging til drift. Dette er viktig i alle nybyggprosjekter, og spesielt der to eller flere sykehus blir sammenslått. Tidlig forsikring om at det praktiske i den ansattes arbeidshverdag blir ivaretatt, kan bidra til større trygghet og motivasjon for medarbeidere og bidra til å beholde ansatte.

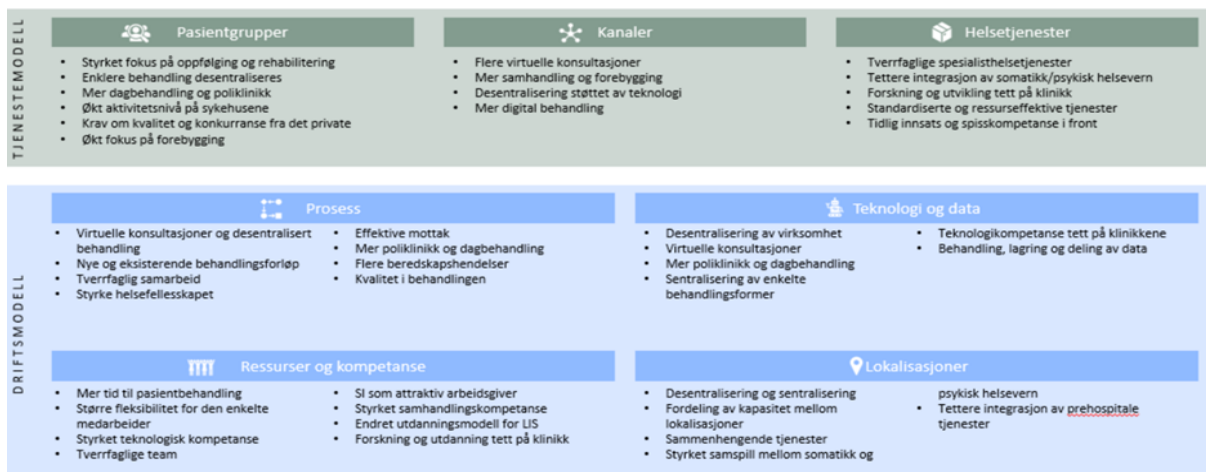
Sykehuset Innlandet HF har, gjennom en involverende organisasjonsutviklingsprosess vinteren 2021-2022, utarbeidet framtidig organisasjonsmodell som et overordnet rammeverk for utvikling av organisasjonen. Denne består av tjenestemodell og driftsmodell, med fokus på framtidens pasientgrupper, hvordan tjenestene skal ytes, hvilke ressurser, teknologi og kompetanse som trengs og hvilken organisasjonsstruktur underbygger prosessene. Det er laget en skisse for organisasjonsstruktur som skal legges til grunn for videre arbeid med organisering av foretaket.

Organisasjonsmodellen videreutvikles og vil legge rammene for tidlig samordning, standardisering, organisasjon og ledelse, utvikling og omstillingsprosesser, teknologi og informasjon for å trygge medarbeiderne. Eksempelvis samordnet Sykehuset Østfold HF akuttmottakene i Sarpsborg, Moss og Fredrikstad allerede i 2012 til ett felles akuttmottak (i Fredrikstad). Hensikten var å få ressursene og fagmiljøet på ett sted og slippe denne samkjøringsprosessen samtidig med innflytting i nytt sykehus. Sykehuset Innlandet HF har startet en vurdering av tilsvarende grep innen ulike fagområder i henhold til Helse Sør-Øst RHF styresak 007-2019 med vedtak om at *Fagområder og funksjoner som kan og bør samles skal, så langt det er mulig, samles i forkant av en framtidig innflytting i et nytt bygg.*

Tiltak som gjelder organisasjonsmodell, har størst effekt dersom de iverksettes i tidlig fase av omstillingen. Forberedelse og standardisering kan trygge de ansatte mest mulig før trening og opplæring i nytt bygg starter. På den måten vet ansatte hvilken organisasjon de skal forholde seg til, de blir kjent med nye kolleger, det etableres felles prosedyrer, rutiner og kultur, samt at ansatte blir kjent med nye løsninger og får tilegnet seg ny kompetanse.



Oppsummering av implikasjoner for framtidens organisasjonsmodell



Figur 12: Sykehuset Innlandets framtidige organisasjonsmodell

8.3 Trinnvis innflytting

Trinnvis innflytting gjøres i alle prosjekter av en viss størrelse og er et virkemiddel for å sikre en god overgang fra gammelt til nytt bygg. Innflyttingen planlegges vanligvis i flere trinn og ved større utbygginger foregår dette gjerne over flere måneder. Etter en teknisk prøveperiode og klinisk prøvedrift noen måneder, kan gradvis ibruktakelse starte. Dette bidrar til å sikre en trygg idriftsetting, der en høster erfaringer og avdekker eventuelle gjenstående feil og mangler med mindre kritiske enheter og i mindre omfang. For innflytting i et Mjøssykehus vil Sykehuset Innlandet HF ha en god mulighet i å opprettholde akutte tjenester og styre pasientflyten mellom eksisterende sykehus samtidig med ibruktakelse av Mjøssykehuset. I tillegg kan ressursbruken i flytteperioden spres over tid.

Hvilke enheter som flytter til hvilket tidspunkt planlegges etter en risiko- og sårbarhetsanalyse hvor enhetenes avhengigheter til hverandre analyseres. Først flyttes enheter som kan driftes uavhengig av andre eller som kan driftes to steder, deretter enheter som er avhengig av andre enheter som er innflyttet eller flytter samtidig og sist de enhetene som krever at alle støttefunksjoner er på plass. I nye Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal ser de på muligheten for trinnvis innflytting fra sommeren 2024 før full drift av alle funksjoner i mai 2025. Gjennom en risiko og sårbarhetsanalyse vurderer de om psykisk helsevern kan flytte inn ett år før resterende drift. En tilsvarende prosess planlegges for Nye Drammen sykehus i 2025.

Når det gjelder trinnvis innflytting og hensynet til organisasjonens modenhet, både til å ta i bruk nye lokaler og få ulike personalgrupper fra forskjellige lokasjoner inn i en ny felles organisasjonskultur, må dette arbeides med tidlig gjennom organisasjonsutviklingsprosesser som beskrevet ovenfor. Tiltaket om trinnvis innflytting vil ha størst effekt på senere faser av omstilling slik som trening og opplæring, innflytting og tilpasning, samt ibruktakelse. Trinnvis innflytting kan bidra til større trygghet hos ansatte og pasienter, og til opprettholdelse av aktivitet i flytteperioden.

8.3.1 Trinnvis utbygging vs. trinnvis innflytting

Ved både trinnvis utbygging og trinnvis innflytting er det viktig at omstillings- og utviklingsprosessene starter tidlig og omfatter hele organisasjonen. Samtidig påpeker medvirkningsorganene at en trinnvis utbygging vil skape usikkerhet for de som skal flytte i trinn 2, knyttet til hvorvidt og eventuelt

hvordan byggetrinnene blir realisert. Dette kan gjøre det vanskeligere å få med disse enhetene på en helhetlig omstilling. Dette vil redusere effekten av en tidlig omstilling. Det er også risiko for at flere enheter og ansatte må gjennom flere omstillinger for å sikre forsvarlig drift i mellomperioden ved en trinnvis utbygging. Dette innebærer forsinkede faglige og økonomiske gevinster av Mjøssykehuset. Helhetlig organisasjonsmodell, kultur, pasient- og arbeidsflyt, samt ansattes motivasjon og engasjement blir påvirket.

Trinnvis utbygging får bygningsmessige konsekvenser ved at byggene i de ulike trinnene skal kunne bygges uavhengig av hverandre. Dette medfører at målsetningen om en tettere integrasjon og sammenhengende pasientforløp vanskeligere lar seg realisere. Sykehuset Innlandet HF har ønsket om å sikre helhetlige pasientforløp for sårbare pasienter med sammensatte lidelser, spesielt med sammenfallende somatiske og psykiatriske problemstillinger. Ved å forskyve deler av psykisk helsevern og rehabilitering til trinn 2 lar målsetningen seg i mindre grad realisere. Dette opplever medvirkningsorganene som en risiko ved omstillingen for områdene pasient og kvalitet.

En sammenhengende utbygging med en trinnvis innflytting vil gi forutsigbarhet for berørte enheter og ansatte som skal flytte, og de vil i større grad kunne bidra i den helhetlige omstillingen. Fagmiljøer kan allerede fra starten etableres slik de er planlagt med felles prosedyrer og standardiserte arbeidsformer. Sammenhengen mellom somatikk, psykisk helsevern og rehabilitering kan planlegges både ut fra faglige perspektiver og brukernes behov, samt at det kan legges til rette for god integrasjon av fagområdene i bygningsmassen. Dette medfører at foretaket i større grad kan realisere faglige og økonomiske målsetninger.

En trinnvis innflytting, som strekker seg over en planlagt tidsperiode, vil spre noe av risikoen ved omstillingen ut i tid. Det kan oppnås ved periodevis ibruktage av bygg og teknisk infrastruktur, ved opplæring og trening for å bli kjent med nye arbeidsprosesser i nye bygg. En trinnvis innflytting innebærer at enkelte enheter starter drift i deler av bygningsmassen samtidig med at bygningsarbeidet fortsatt pågår. Samtidig vil dette dreie seg om en kortere periode enn for en trinnvis utbygging, som vil pågå over flere år. Dette bidrar til kortere periode med støy, støv og lignende fra bygningsmessige arbeider som medfører utfordrende fysiske arbeidsforhold, både for ansatte og pasienter.

8.4 Pasient og arbeidsflyt

Gjennom arbeidet knyttet til organisasjonsmodell og erfaringer fra andre sykehus i tilsvarende situasjon, er prosjekter innen pasient- og arbeidsflyt startet opp i Sykehuset Innlandet HF. I første omgang etableres prosjekter for mottak og sengeposter, med planer om utvidelse til prosjekter innen poliklinikk og operasjon. Disse områdene er valgt ut fordi arbeidet også skal gi nyttig informasjon til utforming av nytt sykehus. Prosjektene skal kartlegge dagens arbeidsprosesser og samordne, standardisere, og videreutvikle prosessene inn mot et nytt sykehusbygg og ny teknologi, samt gi faglig utvikling og økt effektivitet. Oppgavedeling internt og i samarbeid med kommunene er en viktig del av dette arbeidet. Medarbeidere fra berørte enheter deltar i prosessene.

Hovedmålet er å kartlegge, teste ut og implementere nødvendige endringer og arbeidsformer gjennom en brukertilpasset utvikling av tjenester. Dette skal gjøres gjennom økt bruk av innovative og digitale arbeidsprosesser som skal gi pasientene en positiv opplevelse og et sømløst forløp, og skape attraktive arbeidsplasser for ansatte. Tidlig ibruktage av nye tekniske løsninger, standardisering av pasientforløp og arbeidsprosesser gjennom trening og opplæring både på individ, gruppe- og organisasjonsnivå i eksisterende sykehus, vil kunne trygge medarbeidere og pasienter

tidlig i omstillingsprosessene.

8.5 Ivaretagelse av ansatte og endringsledelse

Divisjonenes risikovurdering av omstillingsprosessen med fokus på å beholde personell, samt detaljerte tiltak rettet mot de ansatte fram til byggestart, er skissert i Sykehuset Innlandet HFs sluttrapport for del to av tilleggsoppdraget. Flere av disse er også relevante under byggeperioden, ved innflytting og fram til ordinær drift.

De 12 prinsippene for medvirkning i Helse Sør-Øst er retningsgivende for alle omstillingsprosesser i Sykehuset Innlandet HF. Det er i tillegg egne prosedyrer for vurdering av risiko ved omstilling og bemanningstilpasning. Erfaring tilsier at god kunnskap om, og oppfølging av foretakets retningslinje ved omstilling, er viktig for å redusere usikkerhet. Foretaket vil gjennomføre en revisjon av retningslinjen og vurdere behovet for å inngå en omstillingsavtale gjennom partssamarbeidet når retningsvalget foreligger, slik at retningslinjen i størst mulig grad ivaretar det utfordringsbildet organisasjonen står ovenfor.

Sykehuset Innlandet HF har i mange år arbeidet målrettet med ledelsesutvikling og lederopplæring på alle ledernivå. Helseforetaket utviklet i 2022 et nytt konsept for ledelsesutvikling og lederopplæring som implementeres i 2023. Planlagt omstillings- og utviklingsarbeid stiller krav til helseforetakets ledere de neste årene. Programmet har derfor økt oppmerksomhet mot ledelse av endringsprosesser.

8.6 Arbeidsforhold og arbeidsbelastning

Arbeidsbelastning er vurdert til å være ett av de største risikoområdene uavhengig av ny struktur. Dette har påvirkning på blant annet sykefravær, heltidsandel og turnover. Det er etablert pilotprosjekter med fokus på oppgavedeling både for å sikre at rett kompetanse blir benyttet på rett sted og for å øke jobbtilfredsheten blant ansatte. Det vil videre være behov for å utvikle og informere om kompenserende tiltak som kan bidra til å redusere bekymring knyttet til framtidig økt reisevei for de ansatte som dette er aktuelt for. Det har også blitt påpekt viktigheten av tidlig og god informasjon om grad av ambulering, arbeidstidsordninger, forutsigbarhet i arbeidssted/arbeidstid og om tiltak som må iverksettes ved flytting av arbeidssted slik som parkeringsmuligheter og overnattingsmuligheter. Det vil være en målsetting å redusere behovet for at ansatte må skifte arbeidssted flere ganger enn nødvendig.

Nødvendige endringer må planlegges godt og igangsettes i god tid før flytting, slik at de ansatte har blitt kjent med hverandre og har samarbeidet om nye rutiner og arbeidsmåter før innflytting i det nye sykehuset. Tiltak som bidrar til å synliggjøre resultater og bygge stolthet, kan bidra til en «vi-følelse» i foretaket. Dette er viktig for å samle foretaket som helhet og styrke en felles organisasjonskultur.

Sykehuset Innlandet HF gjennomfører fra og med februar 2023 en årlig spørreundersøkelse blant de ansatte. Denne utvikles i forbindelse med deloppdrag to av tilleggsoppdraget. Sammen med den årlige medarbeiderundersøkelsen vil denne bli viktig for å kartlegge effekten av igangsatte tiltak og vurdere nye tiltak både før byggestart, underveis og fram til ordinær drift i ny sykehusstruktur.

8.7 Informasjon og medvirkning

Sykehuset Innlandet HF arbeider systematisk med medvirkning for å legge til rette for involvering av ansatte, ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste, både på foretaksnivå og i divisjonene. Erfaringen gjennom større og mindre omstillinger viser viktigheten av god informasjon, tydelig rammer, tidlig planlegging, medvirkning og godt partssamarbeid. Dette bidrar til forutsigbarhet og redusert

usikkerhet og er sentralt i framtidig omstilling for å forebygge at ansatte slutter.

Arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF er et prosjekt som er omfattet av stor interesse internt i helseforetaket, blant pasienter og pårørende, i kommunene, fylkeskommunen og i mediene. Sykehuset Innlandet HFs ansvar omfatter kommunikasjon med egne ansatte og å ivareta involvering av brukere, ansatte og deres organisasjoner gjennom den interne medvirkningsprosessen. Helseforetaket legger vekt på regelmessig dialog med brukere, ledere, tillitsvalgte, vernetjenesten og fagmiljøer samt løpende informasjon til ansatte i Sykehuset Innlandet HFs informasjonskanaler. I arbeidet med framtidig sykehusstruktur har helseforetaket lagt til rette for at ansatte ved milepæler kan få informasjon fra sin nærmeste leder. I det videre arbeidet vil det etableres flere arenaer for kommunikasjons- og informasjonsformidling.

8.8 Organisering av omstillings- og utviklingsarbeidet

For å møte omstillingene Sykehuset Innlandet HF skal igjennom, vedtok helseforetaket i 2020 å etablere et organisasjonsutviklingsprogram som har som oppgave å koordinere, lede og følge opp omstillinger på vei mot den nye sykehusstrukturen.

Programmet skal blant annet:

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

9 Alternative virksomhetsområder

I kapittel 9 er det vurdert om det finnes andre mulige virksomhetsområder for trinnvis utbygging enn de fire som tidligere er beskrevet i kapittel 5. Områdene D til K ble anbefalt vurdert av styringsgruppa i møtet 30. januar, sak 008-2023. Sykehusbygg HF har vurdert områdene ut fra føringer i Hovedprogram steg 1, mens Sykehuset Innlandet HF har vurdert områdene utfra et faglig- og driftsmessig perspektiv. Vurdering av risiko i omstilling, er beskrevet i kapittel 7 og 8.

9.1 Virksomhetsområde D: Etablering av stråleenhet i byggetrinn 2

Hovedprogrammet beskriver nærhetsbehov og avhengighet mellom fagområder. Funksjonelle avhengigheter gjør seg gjeldende der ulike faggrupper og/eller profesjoner må samarbeide for å gi god pasientbehandling, eksempelvis ved kreftbehandling, tverrfaglig utredning, og behandling av pasienter med sammensatte lidelser. Det er et mål at pasienter med behov for tverrfaglig utredning skal få dette lokalisert på samme sted, og det er også et mål at pasientene slipper å forflytte seg rundt på sykehuset. Utsettes bygging av stråleenheten til trinn 2, vil det gi en rekke ulemper. Sengene i kreftenheten må bygges i trinn 1 for å huse innlagte pasienter som må transporteres til Gjøvik for strålebehandling. En utsatt bygging av fire Lineærakseleratorer (Linac) med tilhørende støtteareal og poliklinisk areal, vil gi en enhet som ikke er integrert i bygningsmassen. Løsningen gir

ikke et best mulig funksjonelt sykehus med en samling av funksjoner for kreftpasientene, slik det er beskrevet i hovedprogrammet.

Drøfting SI: Etablering av stråleenhet i byggetrinn 2

Behandling av kreft er etter diagnostisering ofte en kombinasjon av kirurgi, medikamentell behandling og strålebehandling. Store deler av kirurgi, stråle- og legemiddelbehandlingen krever spisskompetanse og tverrfaglig samarbeid, beslutninger må tas i team bestående av ulike spesialister og yrkesgrupper, og mulige komplikasjoner må kunne håndteres der pasienten er. I dag er dette tilbudet fragmentert, og kreftbehandling foregår ved alle de somatiske sykehusene.

Strålebehandling benyttes både ved helbredende og lindrende behandling av kreftsykdom, og for å forebygge utvikling av sykdommen. Antall behandlinger varierer avhengig av svulstens type, størrelse, lokalitet og hensikten med behandlingen. De fleste får behandling fem dager i uken, med pause i helgene. Stråleterapi er i hovedsak et poliklinisk tilbud, men en andel av pasientene trenger et høyere omsorgsnivå og vil være innlagte pasienter. Det tilbys i dag strålebehandling ved ni ulike sykehus i Norge, fra 2025 vil også Nye Drammen sykehus i Vestre Viken HF og Sykehuset Telemark HF i Skien tilby strålebehandling til sine kreftpasienter. Dersom stråleterapi ikke skal inngå i Mjøssykehuset i byggetrinn 1, vil innlagte pasienter måtte transporteres mellom Moelv og Gjøvik for behandling (22 kilometer). En slik løsning, hvor stråleenheten er lokalisert i en by uten sykehus med tilgang på sengeposter og vaktordninger med relevant kompetanse, vil være særegen for Innlandet. I tillegg til den direkte belastningen dette påfører svært syke pasienter og pårørende, gir løsningen fragmenterte forløp med risiko for mangelfull informasjon når pasienter sendes mellom ulike lokalisasjoner.

Aktiviteten er framskrevet av Sykehusbygg HF til 14 597 behandlinger i 2040. Beregnet utfra regionale føringer om utnyttelsesgrad for somatisk poliklinisk aktivitet, tilsvarer dette fire Linac og 10 sengeplasser (hotellsenger og senger i kreftenheten). Det foreligger i tillegg et regionalt arbeid, hvor Oslo universitetssykehus HF på oppdrag fra Helse Sør Øst RHF, har hatt ansvar for å utarbeide oppsummeringer av stråleterapikapasiteten i Helse Sør Øst, og vurdere samlet behov for stråleterapikapasitet fram for 2030. Rapporten datert 21. desember 2021, med supplering februar 2022, angir at Sykehuset Innlandet HF har behov for tre Linac i perioden 2026 til 2032. Det anbefales at det i konseptfasens trinn 2 gjøres en ny vurdering av kapasitetsbehovet for perioden fram til 2040. Enheten på Gjøvik har i dag to Linac, det er tilrettelagt for tre Linac i dagens areal. Skal foretaket beholde stråleenheten på Gjøvik i byggetrinn 1, vil investeringen som gjelder strålebunkere kunne utsettes til byggetrinn 2. Det er en risiko for at maskinene må erstattes før realiseringen av et trinn 2, noe som vil innebære at de må installeres på Gjøvik og deretter flyttes til Mjøssykehuset i trinn 2. Etableringskostnader vil påløpe.

Beholdes stråleenheten på Gjøvik i trinn 1, må det beregnes pasienttransportkostnader for pasienter som er innlagt Mjøssykehuset. I tillegg kommer ekstrakostnader til akutt-team i åpningstiden for stråleenheten og hotellsenger for den andelen av pasientene som kan benytte ordinært hotell på Gjøvik. Foreløpig estimat for ekstra driftskostnader anslås til minst 10 – 15 millioner kroner per år. Det er i estimatet tatt høyde for kostnader til overnattingstilbud for polikliniske pasienter med lang reisevei. Hvordan overnattingstilbudet organiseres vil ha betydning for estimatet.

Sykehuset Innlandet HF har prioritert samling av spesialiserte funksjoner og har vektlagt viktigheten av sammenhengende pasientforløp for kreftpasientene. Stråleenheten med tilhørende senger og poliklinisk areal er derfor prioritert inn i Mjøssykehuset i byggetrinn 1.

Behandlingstilbudene innen både medikamentell onkologi og strålebehandling har de senere årene økt i takt med medisinsk utvikling. Behandlingsmulighetene blir stadig flere og mer komplekse. Den demografiske utviklingen med et økende antall eldre vil bety en fortsatt økt forekomst av kreft i befolkningen, samtidig som stadig flere pasienter lever lengre med sin kreftsykdom. Den økende kompleksiteten i faget gir behov for spesialisering, der man ser færre generalister og flere onkologer med subspecialisering innen f.eks lungekreft, brystkreft, mage/tarmkreft etc. Fagmiljøene blir dermed sårbare for fravær ved ferie, sykdom og annet, da mye kompetanse og erfaring vil innehas av enkeltpersoner. Hensynet til et lite og sårbart fagmiljø forsterker dermed begrunnelsen for at stråleenheten ikke tas med i alternativene for trinnvis utbygging.

Foreløpig konklusjon/anbefaling:

Det er bygningsteknisk mulig å bygge stråleenheten som en egen enhet i Mjøssykehuset i byggetrinn 2, men dette vil ha store negative konsekvenser for pasientbehandlingen og anbefales ikke.

9.2 Virksomhetsområde E:

- Hele operasjonsenheten i byggetrinn 1 eller dele opp døgnekirurgi og dagkirurgi i byggetrinn 1 og 2
- Skille elektiv og akutt virksomhet over to byggetrinn

Skille akutt- og elektiv virksomhet i trinn 1 – indremedisin

Når det gjelder elektiv indremedisin er det lagt til grunn at totalt 20 senger elektiv indremedisin fra lokalsykehusområdet til Mjøssykehuset skal til LMS i Valdres og Hadeland, 10 senger elektiv indremedisin fra lokalsykehusområdet Lillehammer skal overføres til LMS i Nord-Gudbrandsdal, og 8 senger elektiv indremedisin skal overføres til elektivt sykehus på Elverum. Det er utfra framskrivningene vanskelig å se at det er ytterligere potensiale innenfor dette området.

Skille døgnekirurgi og dagkirurgi i trinn 1

Dagkirurgisk virksomhet er fordelt til Mjøssykehuset, Lillehammer, Elverum og Tynset. Elverum skal være et elektivt sykehus og har dermed et større dagkirurgisk volum enn opptaksområdet tilsier, i tillegg er Tynset styrket med mer dagkirurgi. Mjøssykehuset har dagkirurgi innenfor de fagområdene som kun er der, i tillegg til et nødvendig volum for å sikre god drift. I hovedprogrammet steg 1 er det anbefalt at operasjonsenheten i Mjøssykehuset er samlet i en etasje. Framskrivning av behov for operasjonsstuer fram mot 2040 og fordelingen mellom døgnekirurgi og dagkirurgiske stuer, er usikker. Det er derfor vurdert som hensiktsmessig å legge arealene «rygg mot rygg», slik at en ivaretar fleksibilitet over tid ved at skille mellom arealene kan flyttes, samtidig som en kan ha en skjermet logistikk for dagkirurgisk virksomhet med forskjellige innganger. Dette gjør at man får en større fleksibilitet i bruk av personell, støtterom og operasjonsstuer enn om operasjonsenheten spres over flere etasjer eller bygg, og en sikrer at en beholder en god logistikk når fordelingen mellom dag- og døgnekirurgi blir endret, eksempelvis på grunn av nye behandlingsformer. Hvis en komplett operasjonsenhet ikke bygges i første byggetrinn, vil det være vanskelig å unngå delt areal eller komplettering av funksjoner inne i foregående trinn. To av åtte dagkirurgiske stuer i Mjøssykehuset er beregnet for øyefaget, for vurdering av dette fagområdet, se punkt. 9.6.

Skille akutt- og elektiv døgnvirksomhet i trinn 1 – kirurgiske fag

Det er lagt til grunn både akutt og elektiv døgnkirurgi og døgnortopedi ved Mjøssykehuset, Lillehammer og Tynset. Tynset skal i tillegg styrkes med mer elektiv kirurgi. Hvis man skiller akutt og elektiv døgnkirurgi i ulike sykehus i trinn 1, og en bygger kun deler av operasjonsarealet, intensiv og overvåkingsarealet, sengeområder, osv., vil det være vanskelig å unngå delt areal eller komplettering av funksjoner inne i foregående trinn.

FORDELING AV KIRURGISK VIRKSOMHET

Merk: Tynset har fødestue

Sykehus	Overgrepsmottak	Akutt operasjon døgn 2023											
		Gyn	Føde	Ort.	Gen. kir.	Gastro kir.	Uro	Plastikk	Mamma/endo.	Kar	ØNH	Tann/kjeve	Øye
Elverum	X	X	X	X							X		X
Gjøvik		X	X	X	X	X					X	X	
Hamar					X	X	X	X	X	X			
Lillehammer	X	X	X	X	X	X							X
Tynset			X*	X	X	X							

Tabell 8 Akutt operasjon døgn 2023

Sykehus	Overgrepsmottak	Akutt operasjon døgn 2040											
		Gyn	Føde	Ort.	Gen. kir.	Gastro kir.	Uro	Plastikk	Mamma/endo.	Kar	ØNH	Tann/kjeve	Øye
Elverum													X
Lillehammer			X	X	X	X							
Mjøssykehuset	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tynset			X*	X	X	X							

Tabell 9 Akutt operasjon døgn 2040

Sykehus	Overgrepsmottak	Elektiv operasjon døgn 2023												
		Gyn	Føde	Ort.	Gen. kir.	Gastro kir.	Fedme	Uro	Plastikk	Mamma/endo.	Kar	ØNH	Tann/kjeve	Øye
Elverum	X	X	X	X								X		X
Gjøvik		X	X	X	X	X	X					X	X	
Hamar		X			X	X		X	X	X	X			
Lillehammer	X	X	X	X	X	X								
Tynset				X	X	X		X	X					

Tabell 10 Elektiv operasjon døgn 2023

Sykehus	Overgrepsmottak	Elektiv operasjon døgn 2040												
		Gyn	Føde	Ort.	Gen. kir.	Gastro kir.	Fedme	Uro	Plastikk	Mamma/endo.	Kar	ØNH	Tann/kjeve	Øye
Elverum														
Lillehammer			X	X	X	X								
Mjøssykehuset	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tynset				X	X	X		X	X					

Tabell 11 Elektiv operasjon døgn 2040

Sykehus	Overgrepsmottak	Dagkirurgi 2023												
		Gyn	Føde	Ort.	Gen. kir.	Gastro kir.	Fedme	Uro	Plastikk	Mamma/endo.	Kar	ØNH	Tann/kjeve	Øye
Elverum	X	X		X								X		X
Gjøvik		X		X	X	X	X					X	X	
Hamar		X			X	X		X	X	X	X			
Lillehammer	X	X		X	X	X								X
Tynset				X	X	X		X	X					

Tabell 12 Dagkirurgi 2023

Sykehus	Overgrepsmottak	Dagkirurgi 2040												
		Gyn	Føde	Ort.	Gen. kir.	Gastro kir.	Fedme	Uro	Plastikk	Mamma/endo.	Kar	ØNH	Tann/kjeve	Øye
Elverum		X		X	X	X								X
Lillehammer		X		X	X	X								
Mjøssykehuset	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tynset				X	X	X		X	X					

Tabell 13 Dagkirurgi 2040

Drøfting SI: Skille døgn- og dagkirurgi i to byggetrinn, alternativt skille akutt- og elektiv virksomhet i to byggetrinn

Et skille mellom *døgnkirurgi* og *dagkirurgi*, slik at man utsetter bygging av dagkirurgi til trinn 2, vil i mellomperioden kunne gi økt effektivitet i de dagkirurgiske operasjonsenhetene, mer robust elektiv kapasitet i perioden når nytt Mjøssykehuset tas i bruk, og mengdetrening for leger i utdanning. En bør holde fast ved at kreftkirurgi, robotkirurgi, kirurgi på barn, og øre-nese-hals, skal samles i Mjøssykehuset i trinn 1. Med unntak av disse områdene, er det allerede fordelt et stort dagkirurgisk volum til øvrig struktur. Det kan være vanskelig å se ytterligere potensiale, hvis en skal benytte kompetansen og kapasiteten på Mjøssykehuset fullt ut. For vurdering av øyefaget, se kapittel 9.6.

Et skille mellom *akutt* og *elektiv døgnvirksomhet*, hvor det bygges operasjonsstuer og sengearealer for den elektive aktiviteten i trinn 2, vil kunne gi økt effektivitet i de elektive operasjonsenhetene, mer skjermet og robust elektiv kapasitet i perioden når nytt Mjøssykehuset tas i bruk, og det vil kunne gi mengdetrening for leger i utdanning. Det vil ikke være hensiktsmessig å flytte elektiv døgnkirurgi i områdefunksjoner som urologi eller karkirurgi, fra Hamar sykehus via et annet sykehus frem til byggetrinn 2 er ferdig. Heller ikke for ansatte vil det være en god løsning å måtte forholde seg til et nytt sykehus i tillegg til Mjøssykehuset. For ortopedi og gastrokirurgi er det mulig å fordele den elektive aktiviteten fra Hamar sykehus og Gjøvik sykehus til andre sykehus i mellomperioden, men det vil utfordre operasjonsstuekapasiteten på både Elverum sykehus og Lillehammer sykehus, kreve midlertidig flytting av personell til de to sykehusene. I tillegg vil det bli økt reisevei til sykehus for store pasientgrupper.

I Mjøssykehuset som har det akutte volumet, vil en få en krevende drift hvor arbeidsbelastningen vil variere på vakttid, og suboptimal benyttelse av kapasiteten for kirurger og ortopeder på dagtid. Løsningen gir i tillegg mindre effektiv bruk av annet personell, både på sengepost og operasjonsenhet, og en mister fleksibiliteten mellom intensiv og postoperativ avdeling. Løsningen vil gi økt behov for personell, flere vaktordninger og økt behov for ambulering. Et skille mellom akutt og elektiv døgnvirksomhet innenfor gastrokirurgi og ortopedi er tidligere forsøkt i Sykehuset Innlandet

HF, men ble reversert på grunn av driftsutfordringene som er beskrevet over. For å få god ressursbenyttelse og god drift, bør det være noe elektiv kirurgi i de akutte enhetene.

Et alternativ til denne løsningen er å utsette flytting av både akutt- og elektiv ortopedi fra Elverums lokalsykehusområde til trinn 2. Dette er vurdert i kapittel 5.2.2 og 5.2.4. Det anbefales at operasjonsstuene for dette volumet etableres i Mjøssykehuset i trinn 1. Operasjonsstuekapasiteten kan eventuelt benyttes til dagkirurgisk volum fra Hamar, slik at pasienter og ansatte fra Hamar sykehus i perioden fram til byggetrinn 2 er ferdig i stor grad kan forholde seg til ett sykehus og en arbeidsplass.

Foreløpig konklusjon/anbefaling:

Det er ikke mulig å bygge en samlet operasjonsenhet i Mjøssykehuset slik den er forutsatt i hovedprogrammet steg 1, hvis den bygges i to trinn. Det er tidligere planlagt overføring av elektiv kirurgi til Tynset, Lillehammer og Elverum. Et ytterligere skille mellom akutt og elektiv aktivitet utover det som ligger i alternativet med Mjøssykehuset, vurderes ikke å være mulig uten at kvaliteten på Mjøssykehuset forringes.

9.3 Virksomhetsområde F: All somatikk eller hele Hamar sykehus i byggetrinn 1 og hele Gjøvik sykehus i byggetrinn 2

Etablering av Mjøssykehuset muliggjør en samling av alle spesialiserte funksjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I tillegg er det lagt til grunn at Mjøssykehuset skal ha lokalsykehusfunksjoner for opptaksområdene til Hamar og Gjøvik sykehus. Etablering av all somatikk i første byggetrinn er vurdert i kapittel 5.2.1, og omtales ikke ytterligere her. En flytting av virksomheten fra Hamar sykehus i byggetrinn 1 og fra Gjøvik sykehus i byggetrinn 2, vil gi et Mjøssykehus uten vesentlige fagområder som eksempelvis ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, barn- og ungdomsmedisin og nevrologi. Det vil gi fragmenterte bygg, hvor hoveddelene av operasjonsområder, sengeområder, akuttmottak og støttefunksjoner blir bygd i trinn 2. Det vil i dette alternativet ikke være mulig å unngå komplettering av funksjoner inne i foregående trinn.

Drøfting SI: Hele Hamar sykehus flyttes i byggetrinn 1 og hele Gjøvik sykehus flyttes i byggetrinn 2

Trinnvis utbygging er tidligere vurdert i Helse Sør-Øst sin styresak 005-2019 *Målbilde for videreutviklingen av Sykehuset Innlandet HF*. Saken beskriver at en som minimum bør samle to somatiske sykehus og de spesialiserte funksjonene fra de andre sykehusene. Det anbefales i tillegg at Trinn 1 inkluderer enheter innenfor psykisk helsevern og TSB med størst somatisk tilknytning.

Hvis en kun legger aktiviteten fra Hamar sykehus til Mjøssykehuset i trinn 1, vil en ikke oppnå noen faglige gevinster eller driftsgevinster. En får fortsatt oppstykkede pasientforløp hvor en viderefører dagens funksjonsfordeling. En slik løsning vil gi et Mjøssykehus uten ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, barne- og ungdomsmedisin og nevrologi, og vil medføre at en samling av traumebehandling, kreftbehandling og behandling av hjerneslag må utsettes. Samles de spesialiserte funksjonene i tillegg til aktiviteten fra Hamar, vil en oppnå flere faglige gevinster, men det vil fortsatt gi et sykehus uten ortopedi, og hvor de største delene av alle områder, eks. operasjonsområder, intensiv- og overvåkingssenhet, sengeområder, akuttmottak og støttefunksjoner vil bli bygd i trinn 2. Dette vil gi et mer fragmentert sykehus, med varig negativ effekt på pasientbehandling, logistikk, og

driftskostnader. For å unngå dette, kan en bygge arealene i trinn 1 og la dem stå ubenyttet i mellomperioden. Dette vurderes lite realistisk. Manglende faglige og driftsmessige gevinster forsterker begrunnelsen for at løsningen ikke tas med i alternativene for trinnvis utbygging.

Foreløpig konklusjon/anbefaling:

Det anbefales ikke å utsette bygging av store somatiske arealer som skal være integrert i Mjøssykehuset. En kan bygge arealene og la dem stå ubrukte i mellomperioden før neste sykehus flytter inn, i et kortere tidsperspektiv ansees dette som et ledd i en trinnvis innflytting. Blir arealer stående ubrukte over år, vil det være en dårlig løsning både faglig og økonomisk.

9.4 Virksomhetsområde G: Alle laboratoriefunksjoner i et byggetrinn eller skille laboratoriefunksjoner over to byggetrinn

Det er vurdert om man kan bygge laboratoriefunksjoner i to byggetrinn. I alternativet med Mjøssykehuset er det forutsatt blodbank og medisinsk biokjemi ved Lillehammer, Elverum og Tynset, i tillegg til en samlet automasjonslinje i Mjøssykehuset. Det vurderes å være vanskelig å legge til rette for en god og helhetlig logistikk og tilrettelegge for en fullverdig automasjonslinje uten samling av funksjoner. Det kan også bli vanskelig å ivareta kritiske nærhetsbehov ved behandling av eksempelvis kreft og traumer, hvis arealet bygges over to trinn.

Drøfting SI: Bygge laboratoriefunksjoner I et byggetrinn eller delt over to trinn

Mikrobiologi og patologi er i dag samlet på Lillehammer sykehus. Fagområdet patologi er avhengig av tett samarbeid med øvrige fagområder i en tverrfaglig kreftbehandling, og bør overføres til Mjøssykehuset i byggetrinn 1. En splitting av allerede samlet fagmiljø vil gjøre det vanskelig å benytte personell og ressurser på tvers, det vil gi mindre effektiv utnyttelse av utstyr og personell, og vil opprettholde uønsket variasjon i svartider. En slik løsning vil også gi mer fragmenterte pasientforløp. En samlet overføring av laboratoriefagene i byggetrinn 1, er nødvendig for å kunne etablere en samlet automasjonslinje.

Foreløpig konklusjon/anbefaling:

Det frarådes å bygge arealer for laboratorievirksomheten i to byggetrinn. Det er risiko for at laboratoriefunksjonene ikke blir samlet i ferdig bygg og at laboratoriefunksjoner ikke får gunstig plassering i forhold til andre funksjoner (nærhetsbehov). Det er mulig å dele innflyttingen av laboratoriefunksjoner til Mjøssykehuset.

9.5 Virksomhetsområde H: Alle radiologiske enheter i et byggetrinn eller skille radiologiske enheter over to byggetrinn

Ved å bygge radiologiske enheter i to byggetrinn får man et fortsatt fragmentert fagmiljø og fragmenterte pasientforløp. Det vil bli dyrere å etablere deler av bygg/byggetrinn, og det vil også være uhensiktsmessig med tanke på ressursutnyttelse. Transport av pasienter mellom sykehus for undersøkelse kan ha en negativ effekt på pasientbehandling og det vil bli en transportkostnad.

Drøfting SI: Bygge radiologisk enhet i et byggetrinn eller delt over to trinn

Det er i alternativet med Mjøssykehuset forutsatt en omfattende desentralisert radiologisk virksomhet. Det er planlagt radiologisk tilbud ved Lillehammer sykehus, Elverum sykehus, Tynset sykehus, Trysil og ved LMS i Nord-Gudbrandsdal, Valdres og på Hadeland. Utover dette, er det behov for samling av virksomheten for bedre utnyttelse av kompetanse og kapasitet. En tverrfaglig tilnærming, hvor pasienten blir utredet og behandlet samme sted, fordrer støttefunksjoner innen blant annet radiologi. Hvis pasientforløpet for brystkreftpasienter skal forbedres, må brystdiagnostikk, nukleærmedisin med PET CT, mammakirurgi, plastikkirurgi, stråleterapi og onkologi være samlet i Mjøssykehuset. Det samme gjelder andre pasientforløp, eksempelvis for pasienter med lungekreft. En utbygging av deler av virksomheten i trinn 2, vil gi mer fragmenterte pasientforløp, liten fleksibilitet og risiko for samtidighetskonflikter.

Foreløpig konklusjon/anbefaling:

Det er ikke anbefalt å bygge radiologisk avdeling i to byggetrinn. Det vil sannsynligvis føre til økte byggekostnader, økte driftskostnader på sikt og manglende helhetlige pasientforløp.

9.6 Virksomhetsområde I: Etablering av øyeavdeling i byggetrinn 2

Øyeavdelingen er i dag lokalisert på Elverum sykehus og Lillehammer sykehus. Den polikliniske og dagkirurgiske aktiviteten på Elverum sykehus er planlagt videreført, mens døgnaktivitet fra Elverum sykehus og all aktivitet fra Lillehammer sykehus skal flyttes til Mjøssykehuset. En utsettelse av denne flyttingen vil føre til at øyeavdelingen ikke bygges før i trinn 2, og at to operasjonsstuer og tilhørende poliklinisk areal ikke blir integrert i operasjons- og poliklinikkarealet.

Drøfting SI: Etablering av øyeavdeling i byggetrinn 2

En utsettelse som beskrevet vil ha konsekvenser for tverrfaglig samhandling med andre fagområder, og vil vanskeliggjøre tilsyn til pasienter eksempelvis innenfor barn- og ungdomsmedisin. Velges en slik løsning, bør en legge til rette for poliklinisk virksomhet for minimum en lege i Mjøssykehuset, for slik å sikre tilsynsfunksjonen til trinn 2 er etablert. En etablering av øyeavdelingen i trinn 2, vil medføre at virksomheten blir dårligere integrert i sykehuset.

Campus Innlandet planlegges etablert med desentral legeutdanning (4. og 5. året) på oppdrag fra Universitetet i Oslo. Øyefaget dekkes i denne perioden og studentene vil til byggetrinn 2 er gjennomført, måtte reise til Elverum eller Lillehammer for praktisk undervisning.

Foreløpig konklusjon/anbefaling:

Det er ikke anbefalt å utsette etablering av øyeavdeling på Mjøssykehuset. Hvis denne løsningen velges, må det sikres tilstrekkelig tilsynsfunksjon for pasienter i Mjøssykehuset. Det er sannsynlig at byggekostnader og driftskostnader vil øke.

9.7 Virksomhetsområde J: Etablering av AMK i byggetrinn 2

I rapporten «Helse Sør-Øst RHF. Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF» anbefalt det å etablere et prehospitalt senter bestående av pasientreisekontoret som i dag ligger på Moelv, Pasientreiser HF, divisjonsledelsen for prehospitale tjenester og AMK-sentralen. Det er diskutert ulik lokalisering av dette senteret, det ønskes primært lokalisert til Mjøssykehuset, alternativt til Gjøvik der AMK ligger i dag. Foreløpig er AMK-sentralen lagt inn i arealet avsatt til Prehospitale tjenester i Mjøssykehuset.

Drøfting SI: Etablering av AMK i byggetrinn 2

Det foreligger en nasjonal føring om at nødetatene skal samles og legges under justisdepartementet. I tillegg har Helse Sør-Øst startet et prosjekt som skal utrede organiseringen av de prehospitaltjenestene. Prosjektet skal vurdere organisering og beredskap av AMK-sentraler, geografiske ansvarsområder, faglig utvikling og kvalitet, og utnyttelse av de samlede ambulans- og pasientreiseressursene. Det er forespeilet at arbeidet vil ferdigstilles desember 2023.

Det er få faglige argumenter for at AMK må inn i Mjøssykehuset når AMK-legen ikke lenger behøver å være fysisk til stede i AMK. Økonomisk vil en spare eller utsette investering til ny sentral hvis driften fortsetter i dagens AMK, samtidig vil driftskostnadene øke ved at AMK ligger i et areal som er planlagt fraflyttet. Det anbefales at en avventer det regionale arbeidet, og de føringene som vil komme av dette.

Foreløpig konklusjon/anbefaling:

Beregnet areal for AMK-sentral i Mjøssykehuset er 200 kvm netto (480 kvm brutto), dette utgjør en svært liten andel av det totale sykehuset. Beholdes denne funksjonen på Gjøvik, vil en opprettholde drift i et bygg som er planlagt fraflyttet og det må eventuelt legges en plan for alternativ bruk av arealene.

9.8 Virksomhetsområde K: Videreføring av fødeavdeling (eventuelt som fødestue) for lokalsykehusområdet Elverum frem til innflytting byggetrinn 2

En videreføring av fødeavdeling (fødestue) for lokalsykehusområdet Elverum sykehus frem til innflytting byggetrinn 2 medfører at to av syv nye fødestuer på Mjøssykehuset vil stå ubenyttet til innflytting i trinn 2. Det samme gjelder barselsenger i sengepost og senger i barselhotell. Det vil ikke være mulig å bygge til to nye fødestuer i en fødeavdeling som allerede er etablert i trinn 1. Disse må eventuelt bygges i trinn 1, eller etableres i en egen enhet som en del av et jordmorstyrt tilbud (ABC) for fødende som ønsker det. Erfaringer fra andre sykehus viser at et slik adskilt tilbud er en ressurskrevende modell.

Drøfting SI: Videreføring av fødetilbud for lokalsykehusområdet Elverum

En videreføring av fødetilbudet på Elverum sykehus kan enten være en selektert fødeavdeling uten nyfødtintensiv og barnelege i vakt, eller en jordmorstyrt fødestue. En fødeavdeling skal ha gynekolog i vakt og operasjonsstueberedskap, og krever dermed mer ressurser enn en jordmorstyrt fødestue. Det er allerede lagt til grunn anestesilege i vakt, dagkirurgi innenfor gynekologi, og poliklinikk innenfor gynekologi, fødselsomsorg, og barn- ungdomsmedisin. Det vurderes ikke å være behov for ytterligere vaktordninger for leger ved en jordmorstyrt fødestue.

Et fødetilbud vil føre til at kompetansen beholdes på Elverum sykehus i perioden. Seleksjon vil gi et lavere fødselstall, lavest ved fødestue, og jordmødrene bør hospitere ved Mjøssykehuset for å få mengdetrening. Det kan eventuelt vurderes om en skal tilby barselopphold for fødende fra Elverums opptaksområde for å få større volum. En løsning med flere fødetilbud er tidligere vurdert og frarådet av fagmiljøene. Det er ressurskrevende å opprettholde god drift, og i lys av en generell mangel på jordmødre vurderes det som krevende å rekruttere jordmødre til små fødeavdelinger og fødestuer. Det vurderes å være ekstra krevende å rekruttere personell til en enhet som skal flyttes i byggetrinn

2. Velges allikevel en slik løsning, anbefales det også å se denne sammen med akutt og elektiv ortopedi på Elverum sykehus.

Foreløpig konklusjon/anbefaling:

Hovedprogrammet legger føringer for Kvinneklinikk på Mjøssykehuset, en fødeavdeling på Lillehammer og jordmorstyrt fødestue på Tynset. Et ytterligere delt tilbud er ikke anbefalt, det vil kreve mer personell og gi en mer krevende drift. 1-2 fødestuer i Mjøssykehuset vil enten stå ubenyttet i påvente av flytting fra Elverum, eller må bygges i trinn 2. Velges det siste, bør det være fødsler tilsvarende en jordmorstyrt fødeenhet. En slik utsettelse kan sees i sammenheng med bygging av pasienthotell i trinn 2.