

## Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	13. desember 2018

### SAK NR 117-2018

#### VIDEREUTVIKLING AV SYKEHUSET INNLANDET HF

##### *Forslag til vedtak:*

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

Hamar, 6. desember 2018

Cathrine M. Lofthus  
administrerende direktør

## 1. Hva saken gjelder

Denne saken gir en redegjørelse for idéfaserapporten fra Sykehuset Innlandet HF og en orientering fra arbeidet i en arbeidsgruppe med medlemmer fra Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF som ble nedsatt våren 2018.

## 2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

### 2.1. Bakgrunn

Styret i Helse Sør-Øst RHF fattet i sak 066-2014 følgende vedtak om oppstart idefase for Sykehuset Innlandet HF:

1. *Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjenner oppstart av idéfase. Gjennom idéfasen skal mulige løsninger/alternativer for å dekke behovet for sykehustjenester i Sykehuset Innlandet HF identifiseres. Arbeidet skal skje i tråd med vurderingene i saksframlegget og basert på mandatet gitt i styresak 047-2014 i Sykehuset Innlandet HF.*
2. *Styret legger til grunn at eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022 og at fremdriften av arbeidet tilpasses dette. Dette innebærer bl.a. at arbeidet med konseptfase tidligst kan starte i 2017.*
3. *Styret legger til grunn at arbeidet med idefase i noen grad også er å anse som en fullføring av utviklingsplanen, slik at denne er completert for mandat for konseptfasen fremlegges for godkjenning.*

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

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

*Alternativene skal vurderes for trinnvis og sammenhengende utbygging.*

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

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

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

Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF orienterte i styremøtet 26. april 2018 (sak 045-2018) om at det var nedsatt en felles arbeidsgruppe, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, med representanter fra Sykehuset Innlandet HF og det regionale helseforetaket. Arbeidsgruppen fikk i oppgave å gi administrerende direktør et beslutningsgrunnlag for å kunne vurdere idéfaseutredningen fra Sykehuset Innlandet HF. Mandatet ba arbeidsgruppens innstille på hvilke alternativer som bør tas videre i en konseptfase, utrede og vurdere lokalisering og vurdere funksjoner i gjenværende sykehus som ikke vil inngå i en eventuell samlokalisering opp mot føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Arbeidsgruppens leveranser vil bli ferdigstilt og inngå som del av beslutningssaken som blir fremmet for styret i Helse Sør-Øst RHF i januar 2019.

I styresak 052-2018 «Økonomisk langtidsplan 2019-2022» heter det følgende om et fremtidig byggeprosjekt i Sykehuset Innlandet HF:

*«Styret i Sykehuset Innlandet HF ga i sak 079-2017 sin tilslutning til et framtidig målbilde med en modell med ett stort akutt sykehus, kalt Mjøssykehuset. Idéfaserapporten er oversendt Helse Sør-Øst RHF, og det tas sikte på at den skal behandles av styret i Helse Sør-Øst RHF innen utgangen av 2018.*

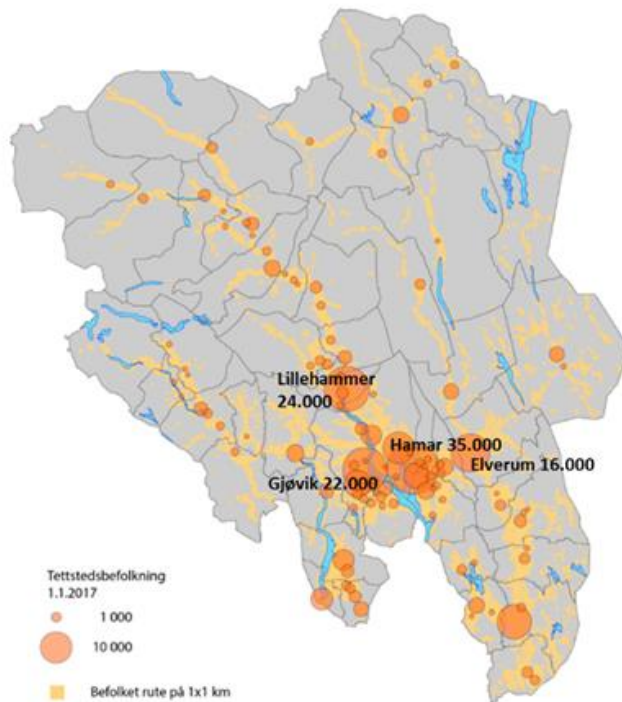
*Som det fremgår av sak 131-2008 har et byggeprosjekt i Innlandet prioritet etter ferdigstillelse i Buskerud. Styret i Helse Sør-Øst RHF la i sak 066-2014 til grunn at eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022.*

*Fremdriften for nytt sykehus i Drammen og foretaksgruppens økonomiske handlingsrom tilsier nå at forventet byggestart ved Sykehuset Innlandet HF skyves noe ut i tid og tilpasses fremdriften i pågående portefølje. Tidspunkt for gjennomføring av konseptfaseutredningen må vurderes opp mot sannsynlig tidspunkt for forprosjekt og byggestart.»*

## **2.2. Beskrivelse av helseforetaket og opptaksområdet**

Sykehuset Innlandet HF driver virksomhet på 40 steder i Hedmark og Oppland. Virksomheten i helseforetaket vil omfatte fem somatiske og to psykiatriske sykehus etter at ansvaret for spesialisthelsetjenester for opptaksområdet til Kongsvinger sykehus blir overført til Akershus universitetssykehus HF fra 1. februar 2019. Opptaksområdet vil da bestå av 42 kommuner (17 i Hedmark og 25 i Oppland).

Opptaksområdet har i 2018 en befolkning på om lag 345 000, eksklusiv befolkningen i opptaksområdet for Kongsvinger sykehus. I tillegg ivaretar Sykehuset Innlandet Tynset spesialisthelsetjenester til 8000 innbyggerne i Røros og Holtålen, etter avtale med Helse Midt-Norge RHF. De psykiatriske sykehusene i Sykehuset Innlandet HF er lokalisert på Sanderud og Reinsvoll, mens de somatiske akuttisyrkehusene er plassert i Tynset, Elverum, Hamar, Lillehammer og Gjøvik. Etter overføring av Kongsvinger sykehus til Akershus universitetssykehus HF i 2019 vil antall ansatte i Sykehuset Innlandet HF være om lag 9 200 (6 700 årsverk). Sykehuset Innlandet HF budsjetter i 2019 med en omsetning på om lag 7,6 milliarder kroner. Eiendomsmassen utgjør om lag 340 000 m<sup>2</sup>.



Figur 1. Tettstedsbefolkning. Bosatte innenfor en radius på 5 km i luftlinje fra dagens sykehus (Kilde: Statistisk sentralbyrå).

Av befolkningsgrunnlaget på 345 000 bor omtrent 45% i Hedmark fylke og 55% i Oppland fylke. De to fylkene har vedtatt å slå seg sammen til Innlandet fylke fra 1. januar 2020.

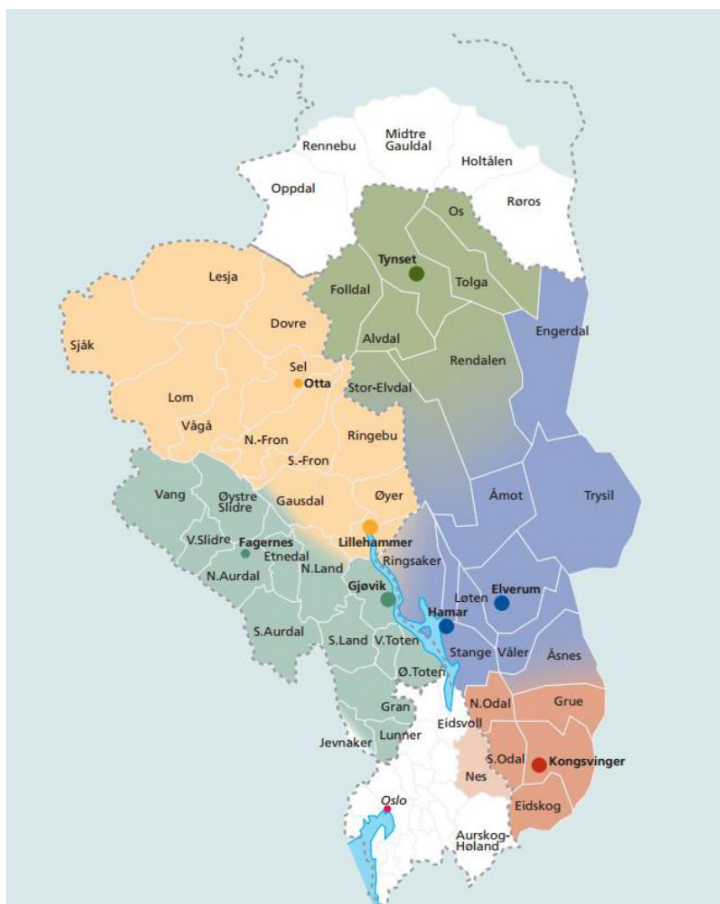
Befolkningsframskrivingen fra Statistisk sentralbyrå i juni 2018 (MMMM-alternativet) viser en vekst i Innlandet sykehusområde på om lag 9 prosent mot år 2040 til ca 377 000 innbyggere. Befolkningen i opptaksområdet vil preges av at andel eldre over 70 år vokser med 69 prosent. I om lag halvparten av kommunene er det forventet en befolkningsnedgang. Befolkningsveksten skjer hovedsakelig i Mjøsområdet og i byene. Om lag 50 prosent av befolkningen bor innenfor relativt korte avstander i Mjøsregionen (figur 1).

Sykehuset Innlandet Tynset skal fortsatt være akuttisyrkehus for ca. 24 000 innbyggere i Fjellregionen. Innlandet sykehusområde kan inndeles i ulike områder, jf. tabell 1 som viser framskrevet antall innbyggere per 2040.

Område	Befolkningsgrunnlag
Tynset (inkl. Røros og Holtølen)	24 000
Elverum (Sør-Østerdal)	50 000
Hamar	106 000
Gjøvik (Hadeland og Valdres)	122 000
Lillehammer (Midt- og Nord-Gudbrandsdal)	75 000

Tabell 1: Befolkningsgrunnlag. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Opptaksområdene for dagens akutt sykehus i Sykehuset Innlandet HF fremkommer av figur 2. Mellom de geografiske ytterpunktene i sykehusområdet er det nærmere 300 kilometer. Det er store reiseavstander til sykehus i regionen i dag. Fra Drevsjø er det om lag to timers reisevei til Elverum, mens det er nærmere to og en halv times reise fra Lom i Oppland til Lillehammer sykehus. I Mjøsregionen, definert som Elverum, Hamar, Lillehammer og Gjøvik, er avstandene kortere og man kan nå ulike lokaliteter med bil innen en time. Mellom enkelte av byene er avstanden vesentlig mindre.



Figur 2. Opptaksområder for Sykehusområdet Innlandet. Kilde: Idefaserapport, Sykehuset Innlandet, 2016.

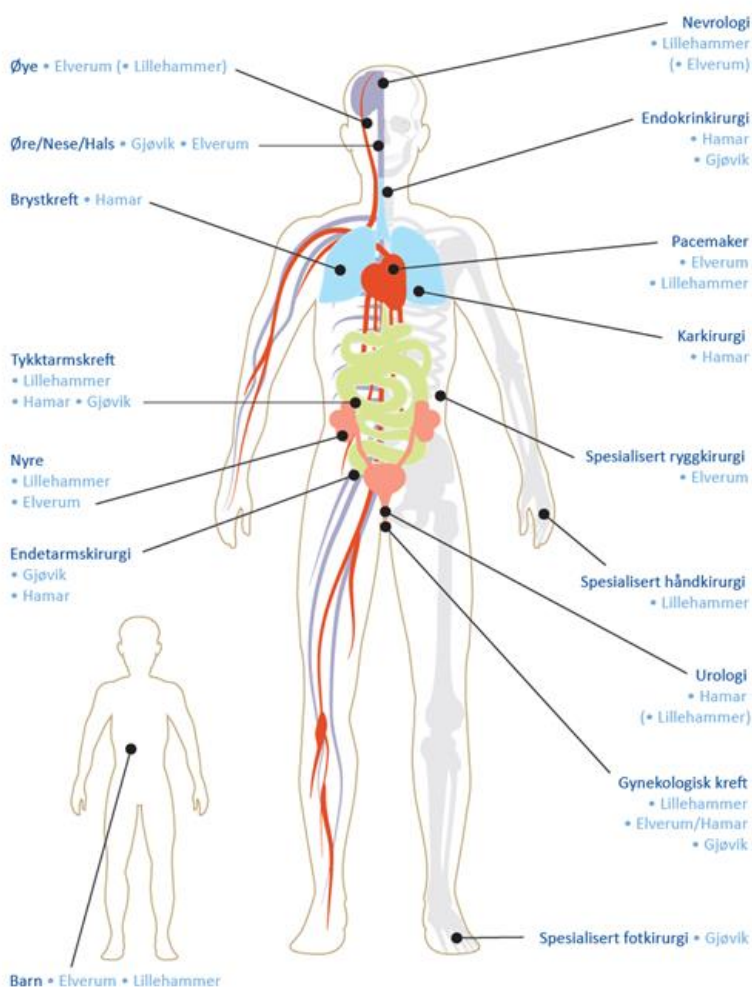
Det pågår store utbygginger innenfor samferdselsområdet ved at det bygges firefelts E6 nordover fra Kolomoen til Moelv som skal være ferdig i 2020, og RV3/25 mellom Løten og Elverum utbedres innen 2020. Bane NOR planlegger utbygging av dobbeltspor til Hamar innen 2026 og til Lillehammer innen 2034. Samtidig er det heller ikke store reiseavstander fra Innlandet til sykehus i andre områder. Fra Gran på Hadeland reiser man til Akershus universitetssykehus på 60 minutter og Ringerike sykehus på 40 minutter. Det er 45 minutter fra Gran til Gjøvik sykehus.

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

### 2.3. Utfordringsbildet

Sykehuset Innlandet HF har mange små og sårbare fagmiljøer og tilbudet til pasientene varierer ut fra hvilket sykehus pasienten kommer til, og når på døgnet pasienten tas imot. Sykehuset Innlandet HF har historisk lagt til rette for medisinsk og teknologisk utvikling gjennom funksjonsfordeling av enkelte tjenester. Denne organiseringen har gjort det mulig å bygge opp mer robuste fagmiljøer og oppnå tilstrekkelige pasientvolum innenfor flere fagområder.

Funksjonsfordelingen (figur 3) har imidlertid gitt sykehus med ulike profiler, der ingen av sykehusene kan gi et komplett tilbud med tverrfaglig spesialisert behandling. Dette medfører at pasienter må transporteres mellom ulike sykehus for å få utført undersøkelser og behandling i flere av behandlingsforløpene. Tjenestetilbudene innen psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk er adskilt både faglig og fysisk.



Figur 3. Funksjonsfordelingen i Sykehusområdet Innlandet

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

Med økende forventet levetid og bedre overlevelse av aldersrelaterte sykdommer, vil pasientpopulasjon preges av flere eldre med flere sykdommer. Dette stiller særlige krav til Innlandet som har en betydelig høyere andel eldre enn landsgjennomsnittet. Eldre vil ofte ha behov for tilsyn og behandling av flere spesialiteter under en og samme innleggelse. Tverrfaglig behandling bidrar til redusert dødelighet, bedret funksjonsstatus, økt mobilitet, bedret kognitiv funksjon og redusert behov for institusjonsopphold.

Sykehuset Innlandet HF har over tid hatt utfordringer med rekruttering innen flere fagområder, og følgende fagområder er i dag sårbare; radiologi, patologi, onkologi, lungemedisin, geriatri, nevrologi, nefrologi, gastrokirurgi og laboratoriefagene. Innenfor psykisk helsevern er det et stort behov for lege- og psykologspesialister. En høy andel ansatte over 60 år vil bety at mye spesialkompetanse vil forsvinne ut av helseforetaket med mindre det iverksettes tiltak. I dagens situasjon med seks somatiske akuttisykehus (inkludert Kongsvinger sykehus), er flere avdelinger vurdert som sårbare når det gjelder kompetanse og ressurser, blant annet fordi fagmiljøene er små og kompetansen til dels er knyttet til enkeltpersoner.

Den nye modellen for nasjonal spesialistutdanning for leger er en omfattende kvalitetsreform hvor det enkelte helseforetak/sykehus får større ansvar for utdanningen og må planlegge hele utdanningsløpet for hver spesialitet. Antallet hovedspesialiteter vil øke og det vil være utfordrende å kunne tilby attraktive utdanningsforløp. Å kunne tilby forutsigbare, fullstendige og gode utdanningsløp for legespesialister vil være svært viktig for å sikre god rekruttering i fremtiden.

Videre er store deler av bygningsmassen i Sykehuset Innlandet HF er av eldre dato. Tilstands- og egnethetsanalysen som er gjort av alle akuttisykehusene viser utfordringer med å tilpasse bygningsmassen til framtidig funksjonell sykehusdrift.

#### **2.4. Idéfaseutredningen**

I idéfaseutredningen er det i henhold til mandatet utredet en helhetlig løsning for Innlandet sykehusområde. Mjøsregionen innbefatter Elverum, Gjøvik, Hamar og Lillehammer. I tillegg inneholder idéfasearbeidet utredning av tilbudet innenfor øvrig somatisk spesialisthelsetjeneste ved Tynset, Kongsvinger, de lokalmedisinske sentre i Valdres og i Nord-Gudbrandsdal, samt tilbudet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering/rehabilitering og prehospitale tjenester. Sykehuset Innlandet HF har, jf. styresak 066-2015, utredet følgende fremtidige modeller i idéfasen:

1. Fremtidig modell med nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua
2. Fremtidig modell med to store akuttisykehus i Mjøsregionen
3. Fremtidig modell med tre store akuttisykehus i Mjøsregionen
4. Fremtidig modell med fire akuttisykehus i Mjøsregionen (nullalternativet, videreføring av dagens modell)

Innen de fire ulike overordnede modellene er det konkretisert i alt 17 ulike strukturelle utredningsmodeller, i tillegg til nullalternativet. Modellene er beskrevet i idefaserapporten. I idefaserapporten ble det gjennomført ytterligere analyser av syv modeller. Alle modellene innebærer at Tynset sykehus består og beholder akuttkirurgi.

#### **2.4.1. Spesielt om Tynset sykehus**

Styret i Sykehuset Innlandet HF har i sak 079-2017 slått fast at «Tynset er i alle modeller lokalsykehus for 25 000 innbyggere». For Tynset gjelder presiseringen i Nasjonal helse- og sykehusplan som sier at akuttstsykehus «kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosetningsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig». I alle alternativene er derfor Tynset definert som et tilpasset akuttstsykehus, med akutt indremedisin, akuttkirurgi, anestesi og fødestue. I situasjoner hvor pasientene ikke kan ferdigbehandles på Tynset, legges det til grunn at de skal til sykehuset hvor spesialiserte funksjoner er samlet. Nødvendig kompetanse og kapasitet for å opprettholde beredskap vil gi en større behandlingsskapasitet ved Tynset enn det lokalsykehusområdet vil trenge. Denne kapasiteten er forutsatt benyttet av Sykehuset Innlandet HF og medfører at en andel av pasienter med behov for elektive inngrep vil måtte få sitt tilbud på Tynset.

#### **2.4.2. Prioritering av desentraliserte tjenester**

Administrerende direktør i Sykehuset Innlandet HF tar frem følgende i sitt sammendrag til styret (sak 079-2017): «De fire største somatiske sykehusene ligger innenfor to prosent av Innlandets areal. Prehospitale tjenester og desentralisering av det som kan desentraliseres er derfor spesielt viktig i Innlandet. Medisinsk og teknologisk utvikling åpner for digitale løsninger og nye samhandlingsmuligheter og avanserte ambulansetjenester åpner sykehuset mot pasientens hjem.»

Utvikling av gode desentraliserte tilbud blir viktig uansett modell i Innlandet. En større grad av faglig samling vil kunne frigjøre kompetanse og kapasitet slik at helseforetaket kan styrke et desentralisert tilbud i samhandling med kommunene. Et slikt tilbud innebærer en videreutvikling av lokalmedisinske sentre (LMS) og samlokalisert med distriktspysykiatriske sentre (DPS). I idéfaseutredningen har Sykehuset Innlandet HF forutsatt at ti senger (spesialisthelsetjeneste) legges til hvert LMS. Dette er tilsvarende som det i dag er ved Hallingdal Sjukestugu i Ål.

Sykehuset Innlandet HF har konkretisert planene for videreutvikling av de lokalmedisinske sentra (LMS), jf. saksframlegg og vedtak i juni 2018 i styresak 056-2018 *Utvikling av det desentraliserte helsetjenestetilbudet*. Her sier styret seg tilfreds med planene for Fagernes, Hadeland og Otta, og understreker at de er «i tråd med foretakets framtidige målbilde».

#### **2.4.3. Utvikling av prehospitale tjenester**

Tidlig prehospital undersøkelse, behandling og transport til rett nivå i helsetjenesten kan være livreddende. Det fører også til raskere rehabilitering, mindre funksjonstap og bedre helse på sikt.

Et sentralt spørsmål er om den akutt og kritisk syke pasienten skal transporteres kortere til et sykehus med færre spesialiteter, eller lenger til et sykehus med bredere kompetanse. «Den gylne timen», tiden det tar fra til, er særlig viktig for fire pasientgrupper: Hjerneslag, hjerteinfarkt, sepsis (blodforgiftning) og store skader (traume). Disse pasientgruppene behandles ved Sykehuset Innlandet HF i dag, men mer spesialiserte behandlinger innen hver diagnosegruppe gjøres ved Oslo universitetssykehus HF, som f.eks. PCI, trombolyse, avansert traume mm.



Sykehuset Innlandet HF har i sin utredning konkludert med at en marginalt lenger reiseavstand (gitt lokalisering ved Mjøsbrua) tjenes inn ved å kunne møte pasienten med tverrfaglig spesialisert kompetanse i mottak hele døgnet. I tillegg mener helseforetaket at det er sannsynlig at en samling av spesialiserte funksjoner vil bidra til at flere akutte og uavklarte pasienter kan ferdigbehandles i Innlandet og dermed slippe tidkrevende og belastende transporter til regionssykehuset.

#### 2.4.4. Samling av somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Sykehuset Innlandet HF har lagt stor vekt på den faglige argumentasjonen som er gjort rede for i Nasjonal helse- og sykehusplan. Denne legger til grunn at somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør integreres bedre slik at pasientenes behov for sammensatte tjenester imøtekommes. Administrerende direktør i Sykehuset Innlandet HF skriver følgende i sin vurdering i sak styresak 079-2017 i Sykehuset Innlandet HF: «For sykehusfunksjonene innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som i dag tilbys ved Sykehuset Innlandet Reinsvoll og Sykehuset Innlandet Sanderud, anbefaler administrerende direktør at disse samlokaliseres med de somatiske tjenestene.»

#### 2.4.5. Bygg og arealbehov

Bygningsmassen som er vurdert i idéfasen er knyttet til dagens seks somatiske sykehus, stedene som driver habilitering og rehabilitering, samt de to sykehusene med psykisk helsevern og TSB. Dette omfatter totalt ca. 270 000 m<sup>2</sup>. Bygningsmassen ved Kongsvinger sykehus utgjør i overkant av 20.000 m<sup>2</sup>. Det er utarbeidet en tilleggsrapport (12.10.2017) til Sykehuset Innlandets idéfase der arealbehov med tilhørende investeringskostnad er beregnet med den endrede forutsetningen om at Kongsvinger sykehus med opptaksområde skal overføres til Akershus universitetssykehus fra 1. februar 2019.

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

I 2013 viste kartleggingen en samlet tilstandsgrad på 1,3 (tilstandsgrad 0 er best og 3 er dårligst). En ny kartlegging i 2016 viste en samlet tilstandsgrad på 1,4. Det samlede oppgraderingsbehovet (vedlikeholdsetterslep) er estimert til cirka 2,5 milliarder kroner i 2018. Etterslepet er økt fra 1,96 milliarder kroner i 2013, en økning på om lag 28 prosent på tre år.

Teknisk standard og egnethet	Vektet tilstandsgrad (2013)	Vektet tilstandsgrad (2016)
Lillehammer	1,4	1,4
Gjøvik	1,1	1,2
Hamar	1,5	1,5
Elverum	1,2	1,4
Tynset	1,4	1,4
Sanderud (psyk)	1,4	1,7
Reinsvoll (psyk)	1,3	1,2

Tabell 2: Teknisk standard på bygg ved ulike lokaliteter i Sykehuset Innlandet HF.

Gjøvik vurderes å ha best bygningsmessig standard og nyest bygningsmasse. Elverum og Lillehammer har tilnærmet lik teknisk standard og Hamar har dårligst standard. For sykehusene som i dag er bynært plassert er utvidelsesmulighetene begrenset.

I idéfaserapporten (2016) er det framtidige behovet for sengekapasitet i Sykehuset Innlandet HF (uten Kongsvinger) estimert til totalt 824 senger, inkludert somatikk, habilitering og rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Sengebehovet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling estimeres til om lag 170. Hvor stor andel av sengene som skal inngå i et nytt Mjøssykehus avhenger av den videre medisinske og teknologiske utvikling, hva som planlegges ivare tatt av tilbud utenfor Mjøssykehuset, herunder på Tynset, ved de tre LMSene og ved en eller to enheter med døgnfunksjon utenfor Mjøssykehuset.

Framskrevet kapasitetsbehov (areal) beregnes i dag ved hjelp av «Sykehusbyggmodellen». Det er i idéfasen gjort framskrivninger mot 2040. Sykehuset Innlandet HF har benyttet nasjonal standardisert metode fra Sykehusbygg HF, slik som vedtatt av Helse Sør-Øst RHF i styresak 090-2014. Etter framskrivningen ble utført er det vedtatt å overføre Kongsvinger sykehus inkl. opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF fra 1. februar 2019.

Tilleggsrapporten fra 2017, hvor Kongsvinger ikke er innberegnet, estimerer at det totalt sett er behov for mellom 742 og 792 senger i Sykehuset Innlandet HF, avhengig av hvilken modell som velges. Det er her benyttet 90 % utnyttelsesgrad av normalsenger.

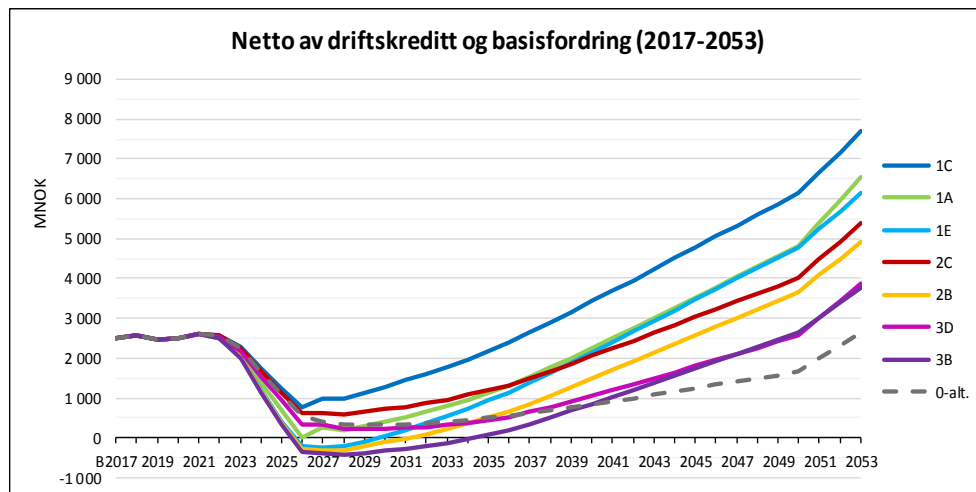
#### **2.4.6. Investeringer og økonomisk bærekraft**

Helse Sør-Øst RHF har bedt Sykehuset Innlandet HF om å legge til grunn en foreløpig økonomisk ramme på åtte milliarder kroner. Helseforetaket har gjennomført analyser som følge av vedtaket om overføring av Kongsvinger sykehus med opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF. Disse viser at det vil det være mulig å realisere flere alternativene innen en ramme på åtte milliarder kroner. Dette gjelder imidlertid ikke det opprinnelige alternativ 1A (ett stort akutt sykehus uten aktivitet i gjenværende sykehus) og alternativ 3D (3 akutt sykehus hvorav ett har spesialiserte funksjoner). Disse to alternativene har så høye investeringskostnader at det vil bli krevende å tilpasse investeringen til rammen.

Sykehuset Innlandet HF vurderer det slik (styresak 079-2017) at enkelte av modellene med to store akutt sykehus (2B, 2C og 2E) er «div laga», men at modellene med to store akutt sykehus legger dårligere til rette for samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og rus.

Både modeller med ett stort akutt sykehus og døgnvirksomhet ved ett eller to andre sykehus (1C og 1E) og modeller med to akutt sykehus (2B og 2C), er mulig å tilpasse innenfor foreløpig økonomisk ramme. Avhengig av lokalisering og valg av modell, er det imidlertid store forskjeller på graden av nybygg og ombygging og rehabilitering av eksisterende bygningsmasse.

Det er gjennomført bærekraftsanalyser av ulike modeller hvor man har korrigert for overføring av ansvaret for spesialisthelsetjenestene for Kongsvingers opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF. Disse viser at Sykehuset Innlandet HF har bærekraft på helseforetaksnivå til ett, to- og tre-sykehusmodellen, samt for nullalternativet, gitt forutsetningene i idéfasen og innspill til økonomisk langtidsplan 2018-2021 (figur 4). Nullalternativet har dog den dårligste bærekraften.



Figur 4: Bærekraft på helseforetaksnivå.

Det er for noen av modellene behov for regional mellomfinansiering i årene etter innflytting. Figuren viser videre at det ikke er modellen med størst grad av samling som har best økonomisk bærekraft, men modellen med et akuttsykehus i tillegg til Mjøssykehuset (modell 1C).

#### 2.4.7. Muligheter for trinnvis utbygging

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

Sykehuset Innlandet HF har i sin sak 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.

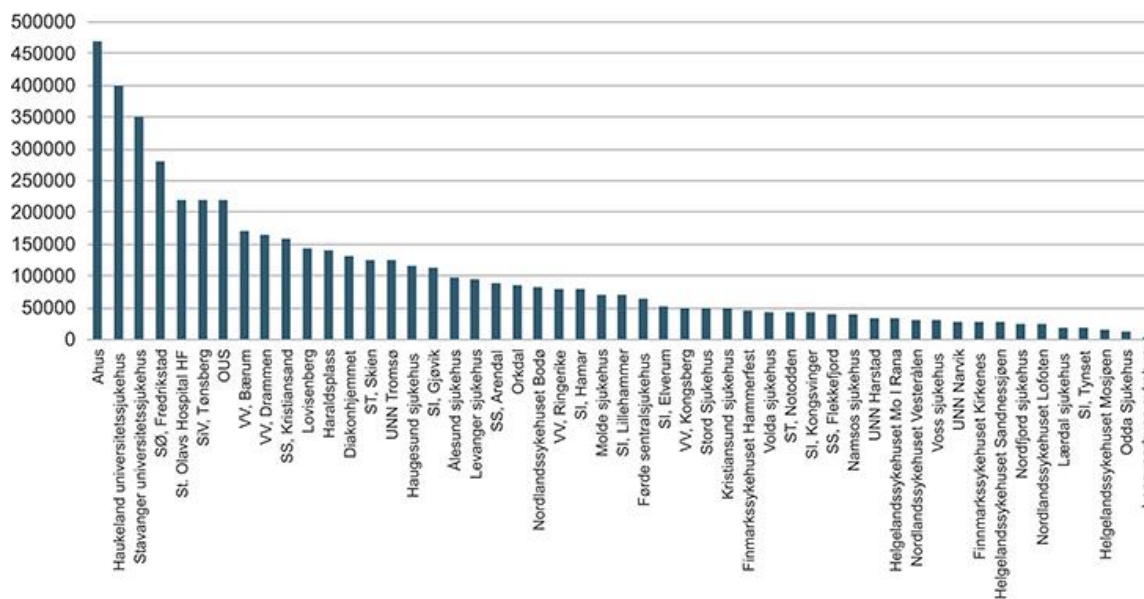
Utredning av og beslutning om eventuell trinnvis utbygging skal gjennomføres i konseptfasen.

#### 2.4.8. Oppsummering/vedtak fra Sykehuset Innlandet

Styret i Sykehuset Innlandet HF har i sin behandling av idefaserapporten vedtatt et framtidig målbilde med et samlet tilbud innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i en modell med ett stort akuttsykehus, kalt Mjøssykehuset. Styret har i tillegg vedtatt at det skal utredes behov for døgnaktivitet på ett eller to andre sykehus i Mjøsregionen.

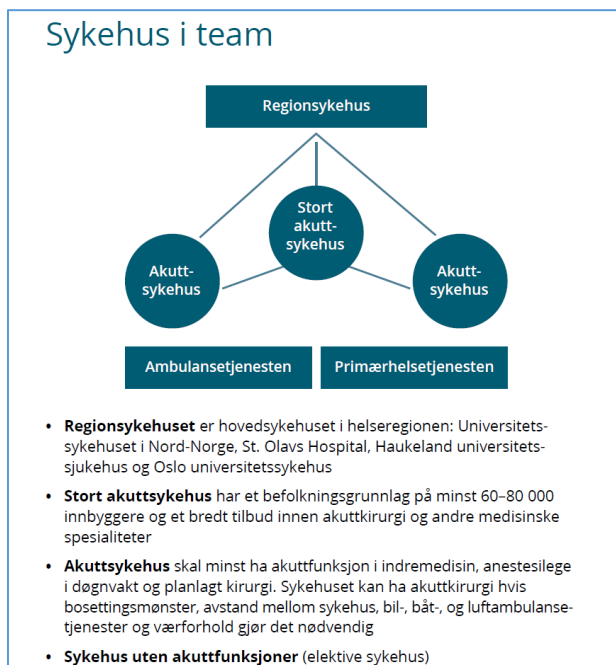
### 2.5. Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonale helse- og sykehusplan viser hvordan opptaksområdene varierer for sykehusene i Norge (figur 5).



Figur 5: Befolningsgrunnlag somatiske akutt-sykehus 2015, Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2015–2016))

Nasjonal helse- og sykehusplan definerer også typer sykehus og bruker begrepet «sykehus i nettverk» / «sykehus i team» (figur 6). Dette innebærer at ulike sykehus kan ha ulike funksjoner og at sykehusene løser oppgaver sammen ved å dele kompetanse.



Figur 6: Definisjoner av type sykehus, Nasjonal helse- og sykehusplan, kortversjon (Publikasjonskode: I-1167 B)

Ut fra definisjonene i Nasjonal helse- og sykehusplan består Sykehuset Innlandet HF av tre store akutt-sykehus (Lillehammer, Gjøvik og Hamar) og to akutt-sykehus (Tynset og Elverum) når

Kongsvinger sykehus fra 1. februar 2019 blir en del av Akershus universitetssykehus HF. I tillegg har Sykehuset Innlandet HF to psykiatriske sykehus (Sanderud og Reinsvoll) som yter spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

## 2.6. Felles arbeidsgruppe med Sykehuset Innlandet HF

Det ble våren 2018 opprettet en arbeidsgruppe bestående av deltakere fra Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Innlandet HF. Arbeidsgruppen fikk i oppgave å gjøre rede for og innstille på hvilke alternativer som bør tas videre i en konseptfase. Arbeidsgruppen har per 5.12.2018 gjennomført i alt 14 møter og har formidlet resultatet av sitt arbeide og foreløpige vurderinger i egne oppfølgingsmøter mellom Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF.

Arbeidsgruppen er enig i at det bør skje en større samling av fag og funksjoner i Sykehuset Innlandet HF for å tilfredsstille morgendagens krav til kvalitet og pasientsikkerhet. Videre mener arbeidsgruppen at større grad av samling av faglige personellressurser er viktig for å sikre kapasitet og kompetanse til å videreutvikle gode desentraliserte tilbud.

Nasjonal helse- og sykehusplan legger til grunn at fremtidens sykehus i størst mulig grad bør samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, slik at pasientene kan få et helhetlig tilbud på samme sted. Arbeidsgruppen anbefaler at somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samles i et stort akuttssykehus med spesialiserte funksjoner, kalt Mjøssykehuset, lokalisert til Mjøsbrua.

Arbeidsgruppen peker på tre alternativer i tillegg til nullalternativet (dagens løsning):

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

For alle alternativer legger arbeidsgruppen følgende til grunn:

- Tynset sykehus fortsetter som akuttssykehus med tilpassede akuttfunksjoner
- LMS og DPS utvikles i samarbeid med kommunene
- Fortsatt styrking av samarbeid med primærhelsetjenesten
- Psykisk helsevern og TSB samlokaliseres i Mjøssykehuset
- Mjøssykehuset etableres som faglig knutepunkt i en desentralisert spesialisthelsetjeneste

Helseforetaket har gjennom sin utredning forutsatt at en større andel av kompetanse og ressurser skal tilbys nærmere der pasienten bor gjennom en godt desentralisert spesialisthelsetjeneste. Arbeidsgruppen mener en samlokalisering av desentraliserte spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester i lokalmedisinske sentre gir økt mulighet til å etablere helhetlige pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Disse enhetene kan spille en rolle både i den akuttmedisinske kjeden og i oppfølging av kronisk syke.

Arbeidsgruppen anbefaler at virksomhetsinnhold i de ulike alternativene utredes nærmere i en «prekonseptfase». I tillegg skal bruk og alternativ utnyttelse av dagens bygningsmasse beskrives. Det er ønskelig at antallet alternativer som skal utredes i konseptfasen reduseres gjennom «prekonseptfasen». Dette kan gjøres samtidig med en lokaliseringsanalyse. Arbeidsgruppen peker på at det bør utredes:

- Hva som er hensiktsmessig funksjonsfordeling mellom Mjøssykehuset og det elektive og/eller akutte sykehuset

- Virksomhetsinnhold i de ulike sykehusene i de ulike alternativene
- Hvor det skal være poliklinikk, dagbehandling, dialysesatelitt, radiologi osv., dvs. om det skal være ved ett eller flere av de sykehusene som ikke får døgnfunksjon
- Utvikling av prehospitale tjenester tilpasset ny struktur

Arbeidsgruppen har vurdert muligheten for trinnvis utvikling av Sykehuset Innlandet og anbefaler et første effektive trinn bestående av samling av to av dagens akutt sykehus og spesialiserte funksjoner fra øvrige sykehus rundt Mjøsa. Arbeidsgruppen anbefaler et videre arbeid hvor det i perioden 2019-2020 gjøres et forberedende arbeid med formål å avklare virksomhetsinnhold nærmere i og utenfor Mjøs sykehus samtidig med en lokaliseringsanalyse, områdeavgrenset til Mjøsbrua. En konseptfase kan starte i 2021, slik at forprosjekt forutsetningsvis kan igangsettes i 2024 under forutsetning godkjenning i styret i Helse Sør-Øst RHF og lånetilsagn på statsbudsjettet.

### **3. Administrerende direktørs anbefaling**

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

Idefaserapporten har vurdert nullalternativet (dagens modell) opp mot en modell med et samlet sykehus og modeller med to eller tre akutt sykehus. Nasjonal helse- og sykehusplan bruker betegnelsen stort akutt sykehus om sykehus med opptaksområde på mer enn 60-80 000 innbyggere og som har et bredt akutt tilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter. Mange sykehus vil gi små fagmiljøer og parallelle vaktlinjer, som er en utfordring med dagens struktur. Ett stort sykehus vil kunne medføre behov for flere vaktlag innen enkelte fagområder for å håndtere antall pasienter og samtidighetskonflikter som vil kunne oppstå.

Bosettingsmønster og infrastruktur i Innlandet gir mulighet for en samling av sykehus tilbudet i form av et Mjøs sykehus, og eventuelt et akutt sykehus nummer to og/eller et elektivt sykehus. Avhengig av lokalisering vil et akutt sykehus nummer to eventuelt bli et stort akutt sykehus i henhold til definisjon i Nasjonal helse- og sykehusplan.

En større grad av samling av fagmiljøer og funksjoner vil tilrettelegge for en utvikling av desentraliserte tilbud, herunder videreutvikling av de tre lokalmedisinske sentrene som finnes per i dag. Det er videre viktig at Sykehuset Innlandet videreutvikler sine prehospitale tjenester slik at de understøtter rask diagnostikk og behandling når dette er mulig, samt sikker transport til riktig sted.

Rekruttering er en utfordring for flere av helseforetakene i Helse Sør-Øst, så også for Sykehuset Innlandet. Det er vanskelig å vurdere tiltrekningskraften mellomstore byer har på rekruttering og særlig for unge nyutdannede, opp mot hvilken betydning større fagmiljøer lokalisert utenfor byer har.

En fremtidig struktur for Sykehuset Innlandet HF må ivareta gode spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i ulike deler av det nye Innlandet fylke, som vil bestå av tidligere Hedmark og Oppland fylker. En viss balanse geografisk er viktig med tanke på reiseavstander for pasienter og pårørende, arbeidsplasser og rekruttering, samt infrastruktur og ivaretagelse av investeringer som er gjort.

Ved siste rullering av økonomisk langtidsplan (sak 052-2018) ligger det inne en foreløpig økonomisk planleggingsramme på om lag 8 milliarder kroner til videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. Investeringen i Sykehuset Innlandet HF er også tatt med i de oppdaterte beregningene som er gjennomført knyttet til de planlagte sykehusprosjektene ved Oslo universitetssykehus. Investeringen vil også være med ved de framtidige årlige rulleringer av økonomisk langtidsplan i Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør fastholder dermed at Sykehuset Innlandet er prioritert etter at nytt sykehus i Drammen er ferdigstilt, dvs. i 2024.

Parallelt med den videre planleggingen må Sykehuset Innlandet videreutvikle sin organisasjon mot målbildet, og det er av avgjørende betydning at helseforetaket lykkes med sin økonomiske omstilling «SI mot 2022» slik at økonomisk bærekraft opprettholdes. Økonomisk bærekraft viser hvorvidt helseforetaket er i stand til å bære sine økonomiske forpliktelser fra et eventuelt nybygg. Gjennomgang av foreløpige investeringskalkyler og driftsøkonomiske effekter viser ingen vesentlige endringer som skulle påvirke dette bildet, gitt at Sykehuset Innlandet HF lykkes med de omstillinger som følger av «SI mot 2022».

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at det skal vurderes trinnvis utbygging som et alternativ ved realisering av store sykehusbyggprosjekter. Det kan åpne for fleksibilitet ved utforming av bygg, og kapasitet kan tilpasses underveis i de ulike byggetrinnene. I tillegg åpner det for at delprosjekter kan realiseres i ulike deler av regionen samtidig. Administrerende direktør konstaterer at det finnes ulike tilnærminger for hvordan videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF kan realiseres gjennom trinnvis utbygging.

I tillegg til at det er viktig at et målbildet kan realiseres trinnvis, må det sikres gjenbruk av investeringer som er gjort. Dessuten må desentralisering og styrking av prehospitale tjenester konkretiseres. Dette vil det måtte arbeides videre med i perioden frem til oppstart av konseptfasen.

Sykehuset Innlandet HF har ansvaret for nødvendige investeringer i bygg og medisinsk teknisk utstyr, kompetanse, kvalitet og faglig utvikling av tilbudet ved Tynset sykehus, og må ivareta dette i sin virksomhetsplanlegging.

Det er behov for å tydeliggjøre målbildet for Sykehuset Innlandet. I en vurdering av løsning vil ulike forhold inngå, herunder tydeliggjøring av virksomhetsinnholdet, økonomisk bærekraft, gjenbruk av bygg og mulighet for trinnvis utbygging. Det er nødvendig å konkretisere veien frem mot en konseptfase for videreutviklingen av helseforetaket.

Administrerende direktør inviterer styret til å ta redegjørelsen om idéfaserapporten til Sykehuset Innlandet HF til orientering.

Administrerende direktør vil fremlegge en beslutningssak i januar 2019 med forslag til et fremtidig mål bilde for videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF og en konkretisering av aktiviteter som skal skje frem til oppstart av en konseptfase.

Trykte vedlegg:

1. Brev fra Sykehuset Innlandet HF datert 24. november 2017 *Framtidig målbilde for Sykehuset Innlandet HF – Oversendelse av idéfaserapport*
2. Protokoll fra styremøte 20. oktober 2017 i Sykehuset Innlandet HF

Utrykte vedlegg:

- [Styresak 079-2017 i Sykehuset Innlandet HF - Videreføring av tidligfasearbeidet i Sykehuset Innlandet – Godkjenning av idéfaserapport med anbefaling om framtidig målbilde](#)
- [Idéfaserapport: Fremtidig sykehusstruktur, 2016](#)
- [Tilleggsrapport til Sykehuset Innlandets idéfase, 2017](#)