

Til Styremedlemmene

i Helse Sør-Øst RHF

**Kommentarer til fremlagte delrapporter i
konseptfasen steg 1 for strukturendring
Sykehuset Innlandet HF**



Forord

«Sammen for lokalsykehusene – nei til hovedsykehus» leverer herved våre merknader til alternativet med et Mjøssykehus, heretter kalt Mjøs. Selv om det ikke er lagt opp til noen omfattende høringsprosess på dette punktet i prosessen, så tenker vi i all beskjedenhet at våre vurderinger og synspunkter er interessante for styremedlemmene.

Vi konsentrerer de fleste av våre vurderinger om Mjøs av den enkle grunn at det er dette alternativet vi har gått sammen om å argumentere mot og fordi det er dette alternativet som vil skape de største økonomiske problemene for helseforetaket dersom det blir valgt – jamfør de bærekraftberegningene som er foretatt.

Vår anbefaling er i tråd med det som SI HF selv oppsummerer i «Økonomiske analyser. Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF. Delrapport til konseptfasen, steg 1. 1. juli 2020».

«Ved null-pluss alternativet legger man også en større del av helseforetakets oppgraderingsbehov lenger ut i tid hvor det vil være større fleksibilitet til å tilpasse investeringene til fremtidig tilstand på byggene, helseforetakets fremtidige økonomiske situasjon og øvrige prioriteringer i helseforetaket» (side 28)

Dette lett forståelige økonomiske investeringsbildet gir et godt grunnlag for nettopp å følge opp 0+ dersom et prinsippvedtak der 0+ legges til grunn blir gjort.

Det er av flere påstått at 0+ ikke er utredet grundig nok. På denne kritikken svarer arbeidsgruppen at det ikke lå i deres mandat og de viser også til eldre utredninger i SI HF. Men nettopp 0+, som gjelder endringer i funksjonsfordelingene mellom Hamar-Elverum, viser at mulighetene med 0+ ikke vurdert fullt ut. Det kan også stilles mange spørsmål med hva som ligger i investeringsplanen for 0+ slik som for eksempel hvorfor det skal bygges et nytt akuttinntak på Reinsvoll når det finnes et nytt fra 2013?

På de neste sidene følger i alt 12 punkter med merknader fra oss.

1. Hvorfor er ikke alle forhold utredet?

Vår første merknad er til hvordan arbeidsgruppa har fulgt opp mandatet – som vi mener er å vurdere alle de momentene som ligger i Helse Sør-Øst RHF sitt vedtak 28.mai 2021.

Vi mener at utredningen er mangelfull på disse vedtatte punktene:

- 2c om luftambulanse
- 2d om styrking av Tynset Sykehus
- 2e om de lokalmedisinske sentrene
- 2f om DPS-ene

Disse punktene, og noen forhold til, er ikke utredet. Det forundrer oss at arbeidsgruppa ikke har gjort en fullstendig utredning. Dette legger klare og viktige føringer på steg 2 i regi av HSØ RHF samt den endelige uavhengige kvalitetssikringen.

Vi kommer tilbake til merknader på disse punktene. Innledningsvis slår vi bare fast at når ikke alt er vurdert, blir heller ikke konklusjoner og anbefalinger riktig.

Konklusjon: bærekraftberegningene for Mjøs kan umulig være riktig.

2. Klima og miljø

Vi som har engasjert oss i vår aksjon tar miljø- og klimautfordringene vi står overfor alvorlig. Vi er derfor meget tilfredse med at miljøambisjonen rangeres høyt i dette prosjektet med ny sykehusstruktur. Vi merker oss hvordan denne ambisjonen er formulert:

Klima og miljø skal vektlegges på linje med økonomisk bærekraft. Utbyggingsløsninger som er ufordelaktige for miljøet skal ikke velges.

Det foreligger relativt omfattende vurderinger av flere forhold som påvirker om det er Mjøs eller 0+ som kommer best ut. Vi er noe overrasket over at utredningen på miljøkriteriet konkluderer med at man samlet sett mener at det er vanskelig å rangere det ene alternativet fremfor det andre.

Utredningen slår helt klart fast at det blir betydelig økt transportbehov ved Mjøs, dette må vektlegges. De andre miljøkriteriene som økologi, lokalmiljø, klimagass/co2 og energibruk viser også at 0+ står sterkt.

Det blir gjort et poeng av at et Mjøssykehus på Moskogen i Moelv kan hente termisk energi fra Mjøsa. Dette virker noe påtatt. Bruk av solcellepanel vil slå likt ut for begge alternativene, det kommenteres – men det vil også bruk av **bergvarme**, noe som burde vært drøftet nærmere i stedet for termisk energi fra Mjøsa. Det finnes mange eksempler på offentlige bygg som har bergvarme som energiløsning slik som flere omsorgssentre i Gjøvik kommune. Kommunen har gode erfaringer med denne løsningen – erfaringer med overføringsverdi til eksisterende bygninger i 0+ og som da ytterligere forsterket dette alternativet fordi det inngår som et element i å ta vare på og utnytte eksisterende bygningsmasse fremfor å bygge nytt.

3. Om estimerte driftsgevinster i 2040

Vi har fulgt med på de ulike beregningene for estimerte driftsgevinster i 2040. Vi har oppsummert de ulike beregningene i denne tabellen som først og fremst viser at her er det ikke så enkelt å fastslå et beløp og hva som skal regnes med:

Estimerte driftsøkonomiske gevinster Mjøssykehuset i 2040 (MNOK)			
Hovedområde	HSØ des 2020	SI juni 2022	SI revidert juni 2021
Klinisk personell somatikk	245	240	215
Klinisk personell psyk/TSB	45	55	55
Medisinsk service- og støttefunksjoner	35	30	30
Prehospitaltjenester og pasientreiser	-35	-35	-35
Forvaltning, drift og vedlikehold	40	15	15
Øvrige service- og støttefunksjoner	45	75	75
Andre driftseffekter		15	15
Sum estimerte nettogevinster	375	395	370

Vi vil kommentere hvert enkelt område for seg.

Klinisk personell somatikk:

- Det vil åpenbart oppstå noen personellreduksjoner ved samling i et hovedsykehus. Beregningene er gjort ut ifra endringer i vaktlinjer. Vårt innspill her er å vurdere om det som påstås å være omfanget er riktig. For er det slik at med et hovedsykehus tar man sikte på å redusere pasientoverføringen til andre helseforetak? Dette er en uttalt målsetting fra de kreftene i SI som ønsker hovedsykehus og brukerutvalget argumenterer også for økt pasientbehandling. Vi har sett at HSØ RHF mener at egendekningen ikke skal økes, men beregningen av sparte vaktlinjer må vurderes opp mot disse to ulike målene. Økes egenbehandlingen så kommer det nye vaktlinjer til. Vi antar at dersom egenbehandlingen ikke skal økes så er antatt driftsgevinst allikevel beregnet for høyt. Effekten reduseres med 30 millioner.
- Det er lagt inn en besparelse på kr 55 millioner som en effekt av nytt bygg. Denne besparelsen mener vi er fiktiv, noe som andre nye sykehus har vist. Besparelser kan bare knyttes til konkrete personellgrupper og det er allerede gjort. Effekten tas vekk.

Klinisk personell psyk/TSB:

- Denne besparelsen er der kun hvis den skandaløse planlagte organiseringen av langtidsplasser gjennomføres. Besparelsen må således kvalitetssikres opp mot nåværende og nye føringer for langtidsbehandling innen psykiatrien samt utviklingen av antall personer dømt til tvungen behandling. Effekten justeres med 20 millioner.

Medisinsk service- og støttefunksjoner:

- Vi har ingen merknader til denne estimerte besparelsen.

Prehospitaltjenester og pasientreiser:

- Dette er det eneste området der kostnadene øker. Vi har ikke tillit til at dette området er riktig beregnet. Spesielt med tanke på om det blir tilstrekkelig med sengeposter i Mjøs må det beregnes en stor økning i antall pasientreiser.

Forvaltning, drift og vedlikehold:

- Vi har ingen merknader til dette området.

Øvrige service og støttefunksjoner:

- Det legges inn en stor besparelse på helsesekretærer. Vi mener at det allerede i dag er en underbemanning av helsesekretærer. Framskrivningsmodellen blir derfor feil hvis vi legger til grunn at full drift i 2040 ikke kan akseptere noen underbemanning på noen områder. Vi trekker fra 20 millioner på effekten.

Oppsummert:

Estimert driftsgevinst i 2040 er minst 125 millioner for høyt. Dersom dette er riktig beregnet øker behovet for mellomfinansiering og bærekraften i Mjøs svekkes ytterligere. Vi ser at sensitivetsanalysen sier at det fortsatt er bærekraft ved 50 % reduksjon av antatt driftsgevinst, men sensitivetsanalysen kan ikke gjøres uten at alle kostnader i prosjektet er tatt med. Vurderingen må kvalitetssikres i steg 2, ikke minst som en oppfølging av Dovre Group/Neo Consulting sin merknad i kvalitetssikringsrapporten: «KSKs foreløpige vurdering er at estimerte driftsgevinster i 2040 på 370 millioner pr år i Mjøssykehuset fremstår som optimistisk, spesielt gevinster på NOK 125 millioner knyttet til klinisk somatisk personell».

4. Om investeringskostnadene

4.1 Hva er riktig kvm-pris på Mjøssykehuset?

Vi stiller oss dette spørsmålet på bakgrunn av at det vi finner er noe ulike beregninger av kostnadsrammene for nye sykehus. Vi viser til styredokument HSØ RHF i juni og Sak 071-2022 der det legges fram en prisjustert styringsramme for Nye Drammen Sykehus. Ifølge dokumentet settes styringsrammen til kr 11.620 millioner pr 31.12.21. Forprosjektet viser et arealbehov på 122 159 kvm. Det gir en kvm-pris på kr 95.122.

Samtidig vises det i arbeidet i konseptfasen til at Nye Drammen Sykehus er referansen til Mjøssykehuset, men allikevel kommer kostnadsoverslaget ved nytt sykehus på Moelv ut med en annen ramme fordi det brukes en lavere kvm-pris, den er satt til kr 94.400. Dersom samme kostnad som ved referansesykehuset legges til grunn for Mjøssykehuset, som er anslått til 119 484 kvm, skal dette arealet ganges med kr 95.122. Styringsrammen for da vært kr 11.365.557.048.

Differensen er rundt regnet kr 84 millioner, en ikke helt ubetydelig sum som øker finansieringen og lånebelastningen. Beløpet er heller ikke med i bærekraftberegningene, denne svekkes ytterligere.

4.2 Hva er tomtkostnaden?

Konklusjonen på plassering av Mjøssykehuset i Moelv er at det bør ligge i Moskogen. Men vi har ikke sett noen vurdering av tomtkostnaden. Her spiller EØS-avtalens bestemmelser inn så dette har ikke samme enkle løsning som valget av Sanderud til et erstatningssykehus for Hamar.

Vi kan ikke se at tomtkostnaden er med i bærekraftberegningen og den svekkes altså ytterligere.

5. Risikovurdering av virksomheten før og etter idriftssetting av investeringstiltakene

Dette gjelder en rapport som er levert med endringer pr 8. juli 2022.

For det første forventer vi en objektiv kvalitetssikring av denne rapporten.

Arbeidsgruppa er satt sammen av kun mennesker som er tilhengere av Mjøs så langt vi kan se og det er derfor ikke overraskende at konklusjonen er at «*det samlede bildet for alternativet Mjøssykehuset indikerer at det etter tiltak ikke finnes kritiske risikoer*». Mens det da selvsagt forholder seg annerledes ved 0+.

For det andre vil vi påpeke at det ikke lar seg spore i rapporten om samling av somatikk og psykiatri er vurdert særskilt og med den spesielle utfordringen det er at sikkerhetsavdelingen skal flyttes fra Reinsvoll til Moelv.

For det tredje vil vi påpeke at det ikke lar seg spore i rapporten om det er vurdert de utfordringene som ligger i at stråleenheten skal flyttes fra Gjøvik til Moelv. Det innebærer spesielle bygningstiltak, det innebærer investeringer i nytt utstyr grunnet alder på eksisterende og det innebærer sanering eller annen avhending av eksisterende lokaler på Gjøvik.

I det hele tatt er det umulig å lese av rapporten hva som er vurdert, den legger opp til en total tillit til de som har utarbeidet den, noe som er en smule arrogant.

6. Notat Regional utvikling og rekruttering ved alternativer for sykehusstruktur i Innlandet.

Dette gjelder rapporten fra Asplan Viak AS, fremlagt pr 20. juni 2022.

Vi støtter hovedkonklusjonen i rapporten som er

«Å flytte arbeidsplasser ut av de fire byene for å plassere de ved Moelv vil svekke byene, og dermed hele Innlandet».

«Alternativ med Mjøssykehus vil gi lengere arbeidsreiser for de aller fleste av de ansatte, sammenliknet med nullpluss-alternativet».

«Det vil bli vanskeligere å rekruttere enkelte viktige yrkesgrupper i alternativet med Mjøssykehus sammenliknet med nullpluss-alternativet».

Vi vil ellers bemerke at notatet tar utgangspunkt i antall årsverk i SI HF ved de ulike alternativene. Vurderingene om rekrutteringsutfordringene ved Mjøs vil bli enda klarere dersom man synliggjør hvor mange ansatte det faktisk vil være i 2040.

7. Samlokalisering somatikk og psykiatri

Vi mener at denne trenden som er etablert de siste årene i flere helseforetak, blir gjennomført uten at det foreligger faglige vurderinger som sier det er et riktig grep. I tillegg så har samlokalisering konsekvent medført en nedbygging av antall langtidsplasser. Dette har nå møtt en motreaksjon og helseforetakene må forholde seg til klare Stortingsvedtak som sier at en slik nedbygging må opphøre.

Vi finner det uakseptabelt at en slik samlokalisering som medfører færre plasser i Innlandet blir gjennomført.

Vi finner det også uakseptabelt at reduksjon av ansatte innenfor psykisk helsevern skal bidra til antatte driftsgevinster i 2040 ved at behandlingsmiljøet for langtidsplasser blir betydelig redusert. Det er ikke verdig er moderne, humant samfunn at psykisk syke skal plasseres i rom der balkongen er gitret inn og friarealet skal være i et inntengt atrium (for slik å spare ansatte-ressurser).

8. Distriktpsikiatriske sentre

For å gi inntrykk av at psykisk helsevern blir ivaretatt innenfor Mjøs så vises det til at DPS-ene skal utvides med flere døgnplasser. Men igjen – dette er det ikke gjort noen kostnadsoverslag over hverken om det utløser investeringsmidler eller om det betyr flere ansatte.

Videre så er det slik at DPS-ene kan ikke bli en buffer for manglende langtidsplasser noe vi ser klart en fare for.

Vi stiller oss også spørsmål om hva som skjer med kommunehelsetjenesten når vi nå opplever et økt behov fordi psykisk uhelse vokser i flere i aldersgrupper. Kommunehelsetjenesten er ikke rustet for å ta imot psykisk syke som skulle vært behandlet av spesialisttjenesten.

Våre innspill på dette punktet og punkt 7 viser hvor liten oppmerksomhet psykiatrien har fått innenfor arbeidet med ny sykehusstruktur. Vår påstand er at å legge ned Reinsvoll og Sanderud vil ramme kommunene hardt – og dette burde vært utredet. Vi forutsetter at dette følges opp i steg 2.

Til slutt vil vi nevne at den høringen som SI HF gjennomførte i egen organisasjon i juni framstår lite troverdig – i hvert fall når det gjelder Divisjon Psykiatri. De gir Mjøs +++ på alle spørsmålene mens 0+ får kun +. For oss framstår det litt for enkelt og vi savner en nyansering i svarene. <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/fremtidig-sykehusstruktur/Documents/Innspill%20-%20konseptfase/Innspillsrunde%20juni/Divisjon%20Psykisk%20helsevern.pdf>

9. Brukerutvalget

Vi stiller spørsmåltegn ved hvor representativt brukerutvalget er. Vi registrerer at de overhodet ikke er engasjert i problematikken med samlokalisering av somatikk og psykiatri samtidig som vi opplever at mange brukere og brukerorganisasjoner innenfor psykiatrien er sterkt kritiske til samlokalisering.

Vi ser også at på den interne høringen i SI så gir Brukerutvalget Mjøs +++ på alle spørsmålene, mens 0+ gir 0 på alle spørsmålene, altså ikke en gang et eneste +. <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/fremtidig-sykehusstruktur/Documents/Innspill%20-%20konseptfase/Innspillsrunde%20juni/Brukerutvalget.pdf>

Vi vil også bemerke at Brukerutvalget er sterkt engasjert i å få økt spesialisthelsetjenestene i Innlandet med klar målsetting om at flere pasienter behandles her. De har tallfestet kostnaden ved «pasientlekkasjen» til kr 600 millioner. Vi vil utfordre HSØ RF til å kommentere realismen i dette, for ikke bare medfører det et inntektstap for andre HF-er, men i det ligger en betydelig økning driftskostnadene hos SI HF.

En tilslutning til Mjøs kan ikke bygge på en feilaktig oppfatning av hva som blir mulig å tilby av spesialisthelsetjenester framtida og det må HSØ RHF avklare.

10. Om forhold som ikke er utredet

Vedtaket om ny struktur i Innlandet (Mjøs) innebærer et nytt lokalmedisinsk senter på Hadeland samt utvidelse ved de eksisterende sentrene på Fagernes og Otta. Vi kan ikke se at det er gjort noen selvstendige økonomiske betraktninger eller beregninger knyttet til målvedtaket. Dersom det skal etableres et LMS på Hadeland så vil både driftskostnader og investeringskostnader påløpe. Vi finner ingen slike overslag, selv om målet opprettholdes.

I tillegg er det skissert at begge de andre LMS-ene, Valdres og Gudbrandsdalen, skal «utvikles». Hva betyr dette? Eller er det bare noe som blir lovd for å selge inn Mjøssykehuset hos politikerne i Innlandet?

Det er heller ikke ennå beregnet driftskostnader ved etablering av luftambulansesenter på Elverum og investeringskostnaden på 60 millioner i 2018-kroner bør oppdateres. Det samme gjelder planlagt økt aktivitet ved Tynset Sykehus – hva vil det bety av økte kostnader?

Kostnadsberegninger knyttet til flytting av stråleenheten, bør de oppdateres? Og hva betyr det at arealet for stråleterapi er redusert i den siste vurderingen av arealberegningen for Mjøssykehuset, er det realistisk eller blir det oppjustert igjen senere i prosessen når Mjøs er vedtatt?

Det er uklart hvor store beløp som ikke er med i vurderingen av finansieringsbehovet og i bærekraftberegningen så hvordan kan man vite at prosjektet er bærekraftig på foretaksnivå?

11. Om de økonomiske kriterier for igangsettelse av endringer

Veileder for endringer av sykehusstruktur slår fast at de planlagte investeringer skal finansieres med et lån på 70 % av finansieringsbehovet og med en egenandel på 30 % av finansieringsbehovet.

Konseptrapport steg 1 slår fast at investeringsbehovet ved Mjøs er 12 051 millioner (uten tomt og det som ikke er utredet). Lånet beregnes dermed til 8 438 millioner og egenandelen blir da på 3 613 millioner. Dette er ca 1,5 milliard mer enn det SI HF har i egenkapital pr dd.

Hvordan vil HS RHF løse dette åpenbare avviket fra bestemmelsene om finansiering? Det blir pekt på behovet for mellomfinansiering, men det kommer i tillegg til at egenkapitalen ikke er tilstrekkelig.

Et annet krav som er stilt fra HSØ RHF tidligere i prosessen er at SI HF skal gå med overskudd og/eller ha orden på økonomien. SI HF har ikke orden på økonomien i og med at helseforetaket aldri leverer årsregnskap i tråd med budsjett. Gjelder dette kravet fortsatt? I så fall er det lang tid fram til at Mjøs kan velges.

Vi vil understreke at ved 0+ har SI HF tilstrekkelig egenkapital og dersom dette alternativet velges vil helseforetaket slippe ytterligere avsetninger for å spare opp til en høyere egenkapital og dermed er helseforetaket over i en situasjon med kontroll på økonomien.

12. Forskjeller i antall senger

Vi avslutter med noe som fremstår veldig uklart.

Vi har vært innom mange forhold som berører bærekraftberegningene. Disse går jo stort sett i Mjøs sin favør. Men er beregningsgrunnlaget likt? Vi har forsøkt å sett opp en oversikt over utviklingen av antall sengeplasser på bakgrunn av tall fra de ulike rapportene.

Begge alternativene medfører redusert sengetall i forhold til dagens situasjon. Men Mjøs medfører flere senger enn 0+. Det vi da stiller spørsmål ved er om bærekraftberegningene av de to alternativene blir riktig å sammenstille fordi 0+ utvilsomt legger beslag på flere ressurser da det er en direkte sammenheng mellom antatt senger og antall ansatte. Igjen setter det søkelyset på en videre utredning av 0+ som det jo er god tid til innenfor investeringsplanen dersom 0+ blir det strategiske valget.

Vi vil også bemerke at det ikke er lett å få grep om riktig sengetall for ny struktur og hva som finnes i dag. Det kan være at vi misforstår framskrivningsmodellene, det kan være at det er forskjell mellom framskrivning og hva som er den faktiske planen med Mjøs. Vi er noen glade amatører her, men det bærer et stort ansvar på HSØ RHF at det ikke er utarbeidet en oversikt slik vi presenterer her.

Lokasjon	Mjøs	0+	I dag
Mjøs	363		
Lillehammer	119	168	197
Elverum	60	78	165
Gjøvik		160	182
Hamar		160	122
Tynset	39	39	39
sum somatiske senger	581	605	705
LMS	30		
Rehab (Ottestad, Solås, Granheim)	44	44	46
sum LMS + Rehab	74	44	46
Mjøs PHV	160		
Mjøs TSB	34		
Reinsvoll PHV		65	65
Reinsvoll TSB		17	17
Sanderud PHV		78	78
Sanderud TSB		17	17
Sanderud PHV BU		8	8
Gjøvik PHV BU		4	4
Lillehammer PHV BU		5	5
sum psykisk helsevern	194	194	194
DPS-aktivitet PHV-V			
- Tynset	5	5	5
- Lillehammer	17	17	11
- Kringsjøatunet			6
- Otta			5
- Hamar	28	28	24
- Gjøvik	36	36	4
sum	86	86	55

Total summering	935	929	1000
------------------------	------------	------------	-------------

Innlandet den 22. august 2022

Hilsen styremedlemmene i Sammen for lokalsykehusene:

Maria Aksberg

Ole Evensen

Jørund Hassel

Kari Koll

Morten Lønstad

Grete Antona Nilsen

Finn Olav Rolijordet

Oda Hammerstad Solheim

Bjørn Sigurd Svingen

Einar Wiklund