



Sykehuset Innlandet

Elverum, 05.05.2017

Deres ref:

Vår ref: Sak. nr. 17/3804 - 1  
Saksbeh. Hilde Kristin Hansen Tlf. 62544899

### **Høringsuttalelse fra Regionrådet for Sør-Østerdal - fremtidig sykehusstruktur.**

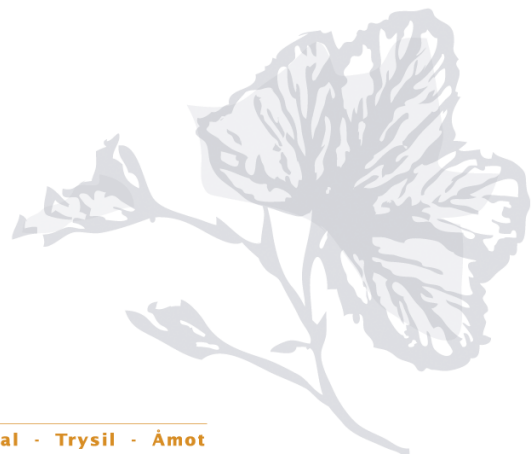
Regionrådet viser til invitasjonen til å gi en høringsuttalelse til den fremlagte idefaserapporten for fremtidig sykehusstruktur i Hedmark og Oppland.

#### **Først litt om betydningen av befolkningsutviklingen i de to fylkene våre:**

Både Hedmark og Oppland fylker omfatter store arealer, der både den demografiske utviklingen, næringsgrunnlaget, infrastrukturen, tilknytningen og fellesidentiteten med fylkeskommunene er ulike mellom de 48 kommunene. Felles er at avstandene fra yttergrensene i de to fylkene og inn til de administrative fylkessentra er store. Dette innebærer at befolkningen i flere kommuner opplever like stor og større tilknytning til tjenestetilbudene i nabofylkene våre. Med fortsatt fritt sykehusvalg, vil lokaliseringen av fullverdige sykehusstilbud, ha betydning for de valgene pasienter med lange reiseavstander foretar, - i samhandling med sine fastleger og pårørende.

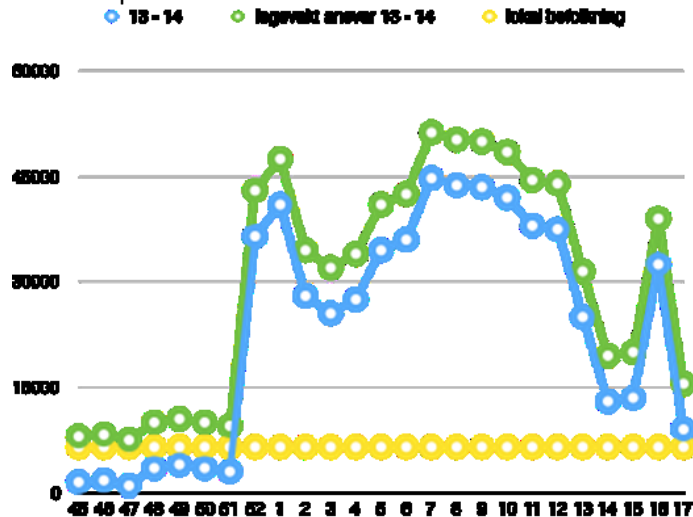
Utbygging av samferdselstilbudet og kortere reisetid til nasjonale og regionale sykehusstilbud utenfor de to fylkene, vil trolig føre til at pasientgrunnlaget for ett hovedsykehus ved Mjøsbrua, vil svekkes i forhold til dagens beregninger.

Vintersportsdestinasjonene legger rammene for et betydelig reiselivsprodukt som brukes av mange. Dette medfører økt antall personer i regionen, og det er lagt strategier for økende turistrasfikk over en stadig lengre sesong. Det vil dermed være helt nødvendig å ta disse betraktninger med i vurderingen av fremtidens sykehusstruktur, særlig i relasjon til akuttkirurgiske-, prehospital- og ortopedkirurgiske tjenester.



Eksempelvis organiserer og effektuerer Trysil kommune øyeblikkelig hjelp tjenester til en befolkning som på papiret er på ca. 6500 innbyggere, om vi bruker SSB sitt utgangspunkt.

I virkeligheten, dersom vi inkluderer antall gjestedøgn i Trysil i vintersesongen, ser det vesentlig annerledes ut (sesong 2013/14). Befolkningen som kommunen har øyeblikkelighjelp ansvar for, tilsvarer mer enn 50 000 personer.



Figur 2: Gjestedøgn (blå) i vintersesong 2013/14. Samlet ø-hjelp populasjon (lokal + gjestedøgn) i vintersesong 2013/14. (Data: destinasjons selskapet i Trysil)

Som man ser av figur 2 holder "befolkningsnivået" seg konstant og vesentlig høyere enn hvis vi bare bruker tall for registrerte innbyggere i kommunen. Dette er en oversikt over antall solgte gjestedøgn registrert. Disse tall inkluderer ikke tall for privat bruk av hytter, privat utleie og dagsturister. Det er verd å merke seg at befolkningsstørrelsen antar dimensjoner som overgår selv de største byene i Innlandet.

I et fremtidsperspektiv ligger det til rette for en fortsatt stor satsning på vinter- og sommerturisme i Innlandet og i særdeleshet i Trysil.

Vi mener at samfunnsanalysedelen og analysen av aktivitet i Sykehus Innlandet ikke inkluderer lokale og regionale forutsetninger godt nok. Ved å bruke SSB sine data alene for framskrivning av behov, vil det være risiko for å gjøre feilestimater. Med utgangspunkt i de data vi har tilgjengelig vil en fremtidig sykehusstruktur måtte ta utgangspunkt i demografiske forhold inklusive de forhold som gjør seg gjeldende innenfor reiselivsnæringen. Dette da det er tale om relativt store folkevandringer inn og ut av regionen i lengere perioder av året.

*Sør-Østerdal har en betydelig militær aktivitet, både av nasjonal og internasjonal karakter. Den militære aktiviteten i regionen utgjør et betydelig skadepotensiale. Det samme gjelder alle de store arrangementene i regionen vår. «Birken», der alle de forskjellige arrangementene trekker store deltakergrupper både vinter og sommer, er bare ett av de arrangementene som det knytter seg beredskapsbehov til. I denne sammenhengen vil også lengre reiseavstand være til ulempe.*

I løpet av de ti siste årene har begge fylkene hatt en svakere befolkningsvekst (Hedmark +4% og Oppland +3,5%), enn gjennomsnittet for landet (+12,3%). Det er de største kommunene som har hatt størst befolkningsvekst, mens 11 kommuner i Hedmark og 13 kommuner i Oppland har hatt en til dels betydelig befolkningsnedgang, se vedlegg 1. I hovedsak skyldes befolkningsveksten i begge fylkene de siste åra, netto tilflytting. Når vi nå ser en økende tendens til at tidlige

arbeidsinnvandrere flytter tilbake til sine hjemland og at nettoinnvandringen til landet går tilbake, er det usikkert om de to fylkene kan regne med en fortsatt befolkningsvekst.

Både Hedmark og Oppland har en høyere andel registrerte innbyggere over 80 år, enn gjennomsnittet for landet. I Hedmark er 6,2 % av innbyggerne over 80 år, i Oppland 6,1 %, mens snittet for Norge var 4,8 % i 2016. I løpet av de siste tjue årene har gjennomsnittlig forventet levealder for eldre menn i landet økt fra 75,4 år til 80,6 år og for kvinner fra 81,1 år til 84,2 år. Selv om veksten i forventet levealder er noe lavere i de to fylkene våre enn landsgjennomsnittet, vil økende levealder bidra til en stadig eldre befolkning i de to fylkene våre.

I begge fylkene er andel barn og unge og andelen innbyggere mellom 20 – 67 år lavere enn landsgjennomsnittet. Det er de minste kommunene som har mest sårbar befolkningsutvikling, med stadig færre yngre og økende andel innbyggere over 80 år. Med lave fødselstall, redusert nettoinnvandring og økt flytting av yngre inn mot større sentra, vil den relative økingen i andel eldre i flere kommuner i de to fylkene våre, fortsette å øke mer enn for landsgjennomsnittet.

Eldre pådrar seg oftere flere sykdommer som virker inn på hverandre, og blir såkalt «multisyke». De har derfor relativt sett større behov for både tverrfaglige spesialisthelsetjenester og for kommunale helse- og omsorgstjenester, enn andre aldersgrupper. Det vil være en betydelig utfordring for helseforetaket å kunne tilby desentraliserte tverrfaglige spesialisthelsetjenester for denne pasientgruppen i alle deler av de to fylkene, dersom sykehusfunksjonene sentraliseres.

I følge prognosene fra SSB fram mot 2040, vil «eldreomsorgsbyrden», dvs. forholdstallet mellom antall alderspensjonister og innbyggere i alderen 20 – 67 år øke betydelig, spesielt i kommunene med befolkningsnedgang.

Dersom denne trenden fortsetter, vil flere av kommunene i de to fylkene møte betydelige utfordringer med å bemanne helse- og omsorgstjenestene i framtiden. Dette vil påvirke behovet for sykehussenger. Helseforetaket kan ikke forutsette at liggetiden i sykehus fortsatt kan reduseres.

Økt sentralisering av spesialisthelsetjenester vil føre til lengre reiseavstand fram til hovedsykehus og økt behandlingsbyrde for mange eldre pasienter med sammensatte sykdommer. Behovet for lokalsykehus som samhandler godt med de kommunale tjenestene og gode distriktsmedisinske sentra, vil trolig øke.

Helsedirektoratet har varslet en betydelig mangel på helsepersonell i løpet av de nærmeste åra, dersom behovet fortsetter å øke som i dag. Utvikling av ny velferdsteknologi vil bare kunne møte dette i beskjeden grad. Her er det behov for «mange flere kloke hoder og varme hender». Høgskoleavdelingene både i Gjøvik og i Elverum utdanner både sykepleiere og spesialsykepleiere som har behov for praksisundervisning i sykehus. Nærhet til relevante sykehusavdelinger er en forutsetning for en effektiv utdanning av sykepleiere/spesialsykepleiere.

### **Spørsmålene som helseforetaket ønsker svar på:**

#### **1. Desentraliserte spesialisthelsetjenester**

Mange har påpekt «kulturforskjellene» mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, der spesialisthelsetjenesten har mer fokus på enkeltdiagnoser og behandlingsforløp, mens primærhelsetjenesten er mer opptatt av at personer som har en akutt diagnose, ofte kan ha flere sykdommer og plager som virker inn på hverandre. Pasientene lever i en kommune og i et nettverk, der forutsetningene for gjennomføringen av ulike behandlingsopplegg og forutsetningene for å leve tilfredsstillende med ulike sykdommer, er ulikt

fordelt mellom kommunene. Dette er faktorer som primærhelsetjenesten er bedre kjent med og som de tar hensyn til. En tettere samhandling mellom spesialister på gjestevisitt i kommunene og til de kommunale tjenestene, er ønskelig, men krever en betydelig innsats fra begge parter for at helse og omsorgstilbudene skal oppleves som koordinerte og helhetlige.

Ambulante spesialisthelsetjenester for sykehuspersonell som inngår i en felles vaktordning, er ressurskrevende. I sykehus arbeider spesialistene i team, der de lett kan konferere med hverandre når det er behov for koordinering, eller når usikkerhet oppstår. I sykehus er alle medisinske servicefunksjoner lett tilgjengelige og spesialistene kan raskt få svar på billeddiagnostikk, laboratorieundersøkelser etc. Det vil være mer krevende for en spesialist på «gjestervisitt» i distriktene å utnytte sin spesialistkompetanse optimalt, enn dersom pasientmøtet skjer i et sykehus.

Dess mer spesialisthelsetjenesten er sentralisert i felles baser, dess mer ressurser vil reisevirksomheten ut i kommunene kreve. For at en desentralisert spesialisthelsetjeneste som utvikles i fellesskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, skal kunne fungere optimalt, er personlig kjennskap mellom behandlerne i distriktet og spesialistene en forutsetning. Dette vil være mer utfordrende dersom de ambulerende spesialistene også skal inngå i en turnus i en felles base, slik som ett hovedsykehus vil innebære, og dersom det desentraliserte tilbudet skal dekke flere kommuner, med mange fastleger og andre behandlere.

### **1.1. Hvilke spesialisthelsetjenester kan utvikles i fellesskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?**

Psykisk helsevern omfatter både sykehusfunksjoner, der pasienter ofte er innlagt over tid, og den mer kommunerettede delen av psykisk helsevern, DPS «Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen».

Spesialisthelsetjenesten innen den kommunerettede delen av psykisk helsevern og rusbehandling/oppfølging er i ferd med å bygge opp et godt fungerende samarbeid. En av forutsetningene for dette, er oppbyggingen av DPS, poliklinisk virksomhet i kommunene og ambulante akutt-team som dekker avgrensede områder. Innen psykisk helsevern er en betydelig andel av spesialistkompetansen knyttet til DPS og poliklinikker utenfor de to sentralsykehus-funksjonene. Disse spesialisthelsetjenestene fungerer godt i samhandling med det kommunale tjenesteapparatet og kan med fordel utvikles videre. Dette er i tråd med den pågående samhandlingsreformen.

Det er imidlertid en betydelig forskjell mellom utrednings- og behandlingsoppleggene innen psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling, og de behandlingsformene vi finner innenfor de somatiske spesialistfunksjonene som vi ser i sykehus i dag.

En tilsvarende modell innen somatiske spesialisthelsetjenesten, vil trolig være mer utfordrende, slik vi kjenner den somatiske spesialisthelsetjenesten i sykehus i dag. Vi ser imidlertid at moderne kreftbehandling og hjemmebehandling av alvorlig syke, bl.a med ulike former for progredierende nevrologiske lidelser, krever et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, pårørende og det kommunale hjelpeapparatet i pasientens hjemkommune. Det er mulig at modellen fra den kommunerettede delen av psykisk helsevern kan utvikles innenfor disse somatiske fagområdene.

Vi mener også at det bør legges bedre til rette for en desentralisert dialysebehandling og andre former for og rutinemessig spesialistbehandling, for å redusere reisevirksomheten for pasienter med behov for hyppig, men rutinemessig spesialisert behandling.

Dessuten mener vi at rehabiliteringstilbudene må bli mindre avhengig av hvilken kommune pasienten tilhører. Det viser seg i mange tilfelle at f. eks slagpasienter får en langt bedre utvikling, dersom de raskt får tilgang til spesialisert rehabilitering, som så følges opp i hjemkommunen etter veiledning og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Vi mener derfor at det er galt av helseforetaket å fortsette nedbygging av spesialisert rehabilitering. Her bør det ligge godt til rette for å prøve ut en modell etter organiseringen av psykisk helsevern.

Et krav om at fastleger, med kommunale avtaler, skal etablere seg i kommunale helsesentra, der det for uten øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, også er plass for ambulerende spesialisthelsetjenester, kan bidra til et nærmere samarbeid mellom de kommunale tjenestene og ambulerende spesialisthelsetjenester.

Regionrådet mener at det er behov for et langt tettere samarbeid mellom helseforetaket og kommunehelsetjenesten om de prehospitale tjenestene. Befolkningen i randkommunene i de to fylkene våre, opplever at det kan være lang vei fram til sykehus når akutte behov oppstår. Uavhengig av framtidig sykehusstruktur, mener vi at de prehospitale tjenestene bør styrkes. Med utviklingen av turisme, hyttebruk, ekstremsport, store arrangementer som Birken m.fl. og lange avstander, mener vi at det både er behov for å styrke luftambulansetjenesten og den øvrige ambulansetjenesten i vår region.

Etablering av flere privatpraktiserende spesialister i kommunene, med klare krav til den enkelte om samhandling med de kommunale helsetjenestene, kan også være en måte å bygge opp desentraliserte spesialisthelsetjenester på. Fra kommunenes side, synes det som at det vil være enkleste å bygge opp slike faste desentrale spesialisthelsetjenester innen fagområder som ØNH, øyesykdommer, hudsykdommer, gynekologi, geriatri og samhandling om bruk av ulike diagnostiske hjelpemidler, som f. eks digital røntgen og annen billediagnostikk.

Som det pekes på i idefaserapporten, vil økt bruk av telemedisin og øvrig elektronisk kommunikasjon, kunne åpne for nye muligheter for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Disse mulighetene forutsetter imidlertid at spesialisthelsetjenesten har kapasitet til å tolke f. eks. bilder som sendes elektronisk og gi veiledning om videre behandlingsforløp, innen en gitt tid. Med godt utviklet telemedisin og elektronisk kommunikasjon, spiller det imidlertid mindre rolle for kommunehelsetjenesten om en slik spesialistkapasitet bygges opp i de etablerte sentralsykehusene, direkte ved regionsykehusene, eller til spesialister i et nytt felles hovedsykehus.

### ***1.2. Hvilke kommunale /interkommunale primærhelsetjenester for øvrig kan eventuelt samlokaliseres i de sykehuslokalene som eventuelt blir frigjort?***

Regionrådet for Sør-Østerdal ser ikke for seg at det vil bli frigjorte sykehuslokaler i Hedmark i overskuelig framtid. Vi ser tvert imot for oss en medisinsk faglig og teknologisk utvikling som fører til at utrednings- og behandlingsoppgaver som i dag kun utføres på Regionsykehus, i framtiden kan utføres på godt utviklede lokalsykehus i fylkene, gjerne i samarbeid mellom flere spesialister, via telemedisin. Helsedirektoratet oppfordrer helseforetakene til å utnytte de mulighetene som ligger i nettverksmodellen. Som vi har pekt på innledningsvis, vil den demografiske utviklingen medføre at trenden med stadig kortere liggetid i sykehus må bremses. Helsetjenesten står dessuten overfor betydelige udekkede behov for spesialisert utredning av ulike demenssykdommer og for øvrige tverrfaglige utredninger av de eldre pasientene våre.

Videre ser vi en økende tendens til at yngre mennesker pådrar seg alvorlige nevrologiske lidelser som krever spesialistutredninger og behandling. Dette vil kreve plass i sykehusene og muligheter for de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å hospitere i sykehusene, der slik behandling startes og følges opp.

Vi mener også at flere polikliniske spesialisthelsetjenester bør utvikles i flere av sykehusene våre. Dette gjelder bl.a utvikling av diabetesteam, pasient- og pårørende opplæring og kompetansesentra for interkulturell traumebehandling. Ny kunnskap om konsekvensene av tidlige traumer for barn og unges utvikling, vil kreve økt utredningskapasitet og spesialistveiledning innen barnemedisin. Med den befolkningsutviklingen som mange av kommunene våre står over for, er det lite trolig at kommunene enkeltvis kan make nye helse- og omsorgsutfordringer alene.

I Hedmark er det ønsket om å videreutvikle samarbeidet mellom lokalsykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester. Ikke minst gjelder dette utredningstjenester innen geriatri og spesialiserte rehabiliteringstjenester. I tillegg til somatiske lokalsykehustjenester, der også tilreisende spesialister innen somatikk utfører ambulerende virksomhet, er det ønskelig å bygge videre på en samlokalisering med DPS, BUP – poliklinikker og øvrige psykiatriske poliklinikker med rusbehandling.

### ***1.3. Er det andre helse- og sosialtjenester innen kommunen/regionen som med fordel kan samlokaliseres i de sykehuslokalene som eventuelt blir frigjort?***

Som uttrykt i svaret over, ser ikke Regionrådet for Sør-Østerdal for seg at det blir frigjorte sykehuslokaler i Elverum i overskuelig framtid. Vi minner dessuten om at Elverum kommune for tiden er i gang med en betydelig ombygging og tilbygg til Helsehuset i Elverum. (Tidligere lokaler for Hedmark sykepleierhøgskole). Dette etter at kommunen fikk negativt svar på å leie av eventuelle overskytende lokaler i sykehusbygningen i Elverum.

For uten å dekke egne behov for samlokalisering av helse- og omsorgsoppgaver, vil disse lokalene også dekke behovene for interkommunale løsninger i tråd med inngåtte samarbeidsavtaler, bl.a om interkommunal legevakt.

Vi mener dog at behovet for å utdanne flere helse- og omsorgsarbeidere vil øke i tiden framover. Dette vil kreve flere praksisplasser, også i sykehus.

## **2. Modell for fremtidig sykehusstruktur**

Regionrådet for Sør-Østerdal anbefaler **ett hovedsykehus/sentralsykehus i hvert fylke**. I Meld.St. 18 (2016-2017) Berekraftige byar og sterke distrikt, side 77, står det bl.a:

**Regjeringa vil at lokaliseringa av statlege publikumsretta verksemdar og større statlege arbeidsplassar skal medverke til reduksjon av biltransport, auke kollektivtransport og et styrkt bymiljø. Dette må sikrast på eit tidleg tidspunkt i arbeidet med å velje lokalisering.**

Regionrådet kan ikke se at en samling av spesialiserte sykehusfunksjoner ved Mjøsbrua ivaretar dette hensynet.

Regionrådet for Sør-Østerdal mener at den framlagte samfunnsanalysen undervurderer de samfunnsmessige konsekvensene av å bygge opp et nytt hovedsykehus i et område der nødvendig infrastruktur ikke er på plass. Dagens sykehus er bygget opp over lang tid og utgjør

viktige institusjoner i de bykommunene de ligger. Regionrådet for Sør-Østerdal mener at konsekvensene ved en eventuell nedbygging av sykehusfunksjoner vil få større konsekvenser for vertskommunene, enn det som går fram i rapporten fra «Asplan Viak». Vi mener at det prinsipielt er feil å flytte en såpass stor virksomhet ut fra de byene som i dag har sykehusfunksjoner, til et område der infrastruktur og bemanning skal bygges opp fra bunnen. Å tro at de ansatte i dagens sykehus vil fortsette en pendlertilværelse over til dels lange avstander over tid, er etter vår mening vel optimistisk. En etablering av ett hovedsykehus nær Mjøsbrua og en nedbygging av sykehusfunksjoner i dagens vertskommuner, vil etter vår mening påvirke samfunnsutviklingen i begge de to fylkene i stor grad.

Sykehus med hovedsakelig elektiv virksomhet, dagkirurgi og poliklinikker, vil trolig få utfordringer med rekruttering av dyktige spesialister, bla i støttefunksjoner som anestesi, billeddiagnostikk og laboratorietjenester.

Et eventuelt nytt felles hovedsykehus for de to fylkene våre, plassert i nærheten av dagens Mjøsbrua, vil føre til betydelig større trafikk på et allerede belastet veisystem, ved at både ansatte, pasienter og pårørende vil få lengre reisevei enn i dag. Regionrådet for Sør-Østerdal mener at det er samfunnsmessig riktig å videreutvikle dagens sykehusstruktur i og utenfor de to fylkene, uten å bygge enda ett sykehus i Hedmark/Oppland. Som det pekes på i idefaserapporten, vil telemedisin og annen elektronisk kommunikasjon muliggjøre et tettere nettverksamarbeid mellom eksisterende sykehusenheter. Det ser ut til at den nettverksmodellen som Helsedirektoratet legger opp til, ikke er skikkelig hensyntatt i idefaserapporten.

Regionrådet peker på at befolkningsveksten i landet vårt de siste årene, er lavere enn i de tidligere årene og at de kommunene i de to fylkene våre som har hatt en befolkningsvekst av betydning de siste ti årene, ligger sør for Mjøsbrua. Med fritt sykehusvalg, vil trolig mange pasienter ha kortere vei til høyspesialiserte sykehus utenfor Hedmark og Oppland, enn til ett hovedsykehus ved Mjøsbrua.

Hvor man velger å etablere et sentralsykehus for Oppland, vil regionrådet være tilbakeholdne med å uttrykke noe om, men vi mener at også her bør man ta hensyn til reiseavstand og utbyggings-muligheter for befolkningen i hele Oppland. Når det gjelder et hovedsykehus/sentralsykehus i Hedmark, peker vi på den vedlagte analysen som Asas-Arkitektur utarbeidet i august 2016 på oppdrag fra Regionrådet for Sør-Østerdal.

Konklusjonen her er:

***Elverum sykehus kan over tid utvikles til et funksjonelt hovedsykehus for Hedmark.***

Fra Elverum kommune pekes det på at sykehuset i Elverum i dag disponerer nær 70 dekar hvorav 17 dekar er bebygde. Kommunen er dessuten tomteeier for betydelige areal i tilknytning til dagens sykehustomt. (Fjellmora barnehage).

Begrunnelsen for Regionrådets anbefaling om ett hovedsykehus/sentralsykehus i hvert fylke:

- Ett felles hovedsykehus for de to fylkene vil være mer sårbart enn to sykehus, med tanke på ulike driftsproblemer, sykehusinfeksjoner, terrorhandlinger, etc.
- Ett felles hovedsykehus på et annet sted, enn nær der dagens sykehus er lokalisert, vil føre til at de fleste ansatte, vil få lengre reisevei og belaste miljøet mer, enn ved ett hovedsykehus i hvert fylke. Sannsynligvis vil dette på sikt innebære fraflytting fra dagens vertskommuner for sykehus og etablering av enda en by nær Mjøsa. Er det valg av sykehusstruktur som skal styre samfunnsutviklingen?

- Med ett felles hovedsykehus nær Mjøsbrua, vil reiseavstandene for befolkningen i ytterkantene av de to fylkene vil bli betydelige. Med fortsatt fritt sykehusvalg, vil trolig flere pasienter enn i dag søke spesialiserte sykehustjenester utenfor de to fylkene våre.
- Stordriftsfordelene ved større sykehus har en tendens til å reduseres når komplekse enheter blir for store.
- Kostnadene ved bygging av et helt nytt sykehus og etablering av nødvendig infrastruktur i forbindelse med dette, vil belaste sykehusbudsjettet over lang tid og trolig ramme både personalsituasjonen og pasienttilbudet.

Fra fagmedisinsk hold har Regionrådet i Sør-Østerdal mottatt følgende argumenter for en modell med ett hovedsykehus/sentralsykehus i hvert fylke:

- Ett hovedsykehus i hvert fylke vil innebære kortere reisevei til sykehus for store deler av befolkningen i de to fylkene, enn ved ett hovedsykehus ved Mjøsbrua.
- Kortere reisevei for innbyggere i distriktene, vil innebære mindre press på den samlede ambulanskapasiteten, dette vil bla gjelde ved fødsler, der det oppstår uventede hendinger.
- Pasienter i Sør-Østerdal vil med kortere reisevei, ha bedre muligheter for rask trombolyse ved hjerneinfarkt.
- Med kortere reisevei fram til et hovedsykehus, vil kommunene ha større trygghet til å behandle eldre pasienter i kommunen og avvente evt. sykehusinnleggelse.
- For Sør-Østerdal vil reiseavstanden til sykehusstilbud nær Oslo være tilnærmet den samme som reiseavstanden fram til et evt hovedsykehus ved Mjøsbrua.

Videre pekes det på at en ny LHL klinikk for hjertepasienter er under bygging nær Gardermoen. Denne klinikken ventes å stå ferdig ved årsskiftet 2017 – 2018.

Begrunnelsen for valg av Elverum som lokalisering av et hovedsykehus/sentralsykehus for Hedmark:

- Det er allerede etablert et godt faglig sykehusmiljø i Elverum.
- Et hovedsykehus kan bygges opp over tid med utgangspunkt i eksisterende bygningsmasse.
- Elverum ligger «Midt i fylket» og gir kortest reiseavstand fra alle kommuner i Hedmark.

### **3. Integrering av psykisk helsevern, rus og somatikk og sykehusmodell**

En lokalisering av somatikk og psykisk helsevern i samme bygg, medfører ikke automatisk integrering av behandlings- og omsorgskultur i sykehuset.

Pasienter i psykisk helsevern har selvsagt samme rett til somatisk utredning som alle andre pasienter. I denne forbindelsen ser vi at en samlokalisering av sykehusenhetene kan være en fordel. Pasienter innlagt i somatiske sykehusavdelinger i dag har svært kort liggetid og sykehusene er utformet etter dette, med sengerommet som pasientens base. Pasienter innlagt i psykiatriske sykehusavdelinger, er ofte innlagt over lengre perioder og har andre behov.

Skal man lykkes med slik integrering, krever det endringer både i kompetanse, organisering og holdninger, både blant behandlere og pasienter/pårørende og publikum.



I Elverum kan det imidlertid legges til rette for en slik integrering gjennom utbygging av dagens bygningsmasse, i like stor grad som ved et evt. nytt Mjøs-sykehus.

#### **4. Hvilken sykehusmodell vil gi det beste tilbudet til pasientene i Hedmark og Oppland?**

Dersom man velger ett felles hovedsykehus for Hedmark og Oppland, vil det allikevel være behov for å videreutvikle og utnytte dagens sykehusenheter på en framtidsrettet måte. I Nasjonal helse- og sykehusplan slås det fast at det fortsatt skal være en desentralisert og differensiert sykehusstruktur i Norge. Det slås fast at funksjoner skal samles når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentraliseres når det er mulig.

Regionrådet for Sør-Østerdal mener at en samling av akuttfunksjoner for befolkningen i Hedmark til et utvidet sykehus i Elverum, vil være framtidsrettet og gi det beste tilbudet til befolkningen i Hedmark.

#### **5. Hvilket alternativ av to- eller tre sykehusmodellene vil ivareta befolkningens behov for spesialisthelsetjenester på best måte og hvor bør områdefunksjonene samles?**

Regionrådet for Sør-Østerdal mener at et hovedsykehus i Elverum, supplert med flere private spesialisthjemler og ambulante spesialisthelsetjenester, vil ivareta Hedmarkbefolkningens behov for sykehustjenester på en tilfredsstillende måte. Vi forutsetter at dagens lokalsykehus består og videreutvikles i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten.

#### **6. Hvilke samfunnsmessige hensyn bør helseforetaket vektlegge sterkest i sin vurdering?**

Regionrådet for Sør-Østerdal mener at de samfunnsmessige konsekvensene ved å bygge ned etablerte sykehusaktiviteter i dagens vertskommuner, for så å etablere en ny vertskommune for et nytt hovedsykehus, er undervurdert. Her mener Regionrådet at samfunnsanalyserapporten ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til de ansattes, familienes og kommunenes behov.

Ett evt. hovedsykehus nær Mjøsbrua vil føre til lengre avstander fram til hovedsykehus for mange innbyggere i de to fylkene. Med fritt sykehusvalg, vil trolig mange innbyggere benytte seg av godt spesialiserte sykehus utenfor de to fylkene.

Lengre avstander fram til ett hovedsykehus vil medføre betydelige ulemper, ikke bare for pasienter og ansatte, men også for pårørende.

Den demografiske utviklingen i de to fylkene, og framtidig knapphet på helsepersonell, vil trolig innebære behov for flere sykehussenger enn i dag.

Akuttberedskapen utenfor sykehus og sikker og effektiv prehospital behandling, må styrkes i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Likeledes må en trygg, effektiv og behagelig pasienttransport, under alle værforhold, videreutvikles.

Gode prehospitale tjenester er en nødvendighet i en region med spredt bosetting og lange avstander. Dette tilsier at det er behov for en god helikoptertjeneste som bla dekker Sør-Østerdal. Regionrådet for Sør-Østerdal mener at det er behov for en helikopterbase for Innlandet i tillegg til den som i dag er lokalisert på Dombås. I tillegg er det behov for å bygge ut den landbaserte ambulansetjenesten.

Dessuten mener Regionrådet at det bør tas hensyn til at dagens Regionsykehus er de som fortsatt skal ta hand om de mest krevende spesialistoppavene. Både fagmiljøene, styrene i

helseforetakene og politikerne må være opptatt av Regionssykehusenes muligheter for å styrke spisskompetansen innenfor den medisinske og medisinteknologiske utviklingen i landet vårt.

**Regionrådets sammendrag av våre svar på de spørsmålene vi er invitert til å avgi høring på:**

**1. Desentraliserte spesialisthelsetjenester**

Regionrådet for Sør-Østerdal ønsker en tettere samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene velkommen. Her er bl.a en personlig kunnskap om kommunens behandlingsmuligheter og til den kompetansen som finnes i den enkelte kommune, være en viktig forutsetning for god samhandling. Regionrådet vil allikevel peke på at ambulante spesialisthelsetjenester som skal samhandle med kommunehelse-tjenesten i alle de 48 kommunene i de to kommunene, vil være svært ressurskrevende. Spesielt utfordrende vil det være å etablere personlig kjennskap til fastleger og annet kommunalt helsepersonell, dersom spesialistene inngår i en vaktordning i en felles spesialistbase i ett hovedsykehus. Vi frykter derfor at de ambulante tjenestene ikke vil bli høyt prioritert ved vakanser, budsjettkutt eller når det oppstår presserende oppgaver i sykehuset.

**a. Hvilke spesialisthelsetjenester kan utvikles i fellesskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?**

Innen psykisk helsevern har oppbyggingen av DPS og desentrale poliklinikker bidratt til et meget godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og helsetjenesten i kommunene. Det er ønskelig, men krevende, å tenke seg en tilsvarende modell for samhandling innen felter som geriatri, pediatri, dialysebehandling, ØNH, Øye, nevrologisk poliklinikk, diabetesteam, smertebehandling av pasienter med kroniske smerter og pasienter med behov for spesialisert rehabilitering.

**b. Hvilke kommunale /interkommunale primærhelsetjenester for øvrig kan eventuelt samlokaliseres i de sykehuslokalene som eventuelt blir frigjort?**

Regionrådet for Sør-Østerdal ser ikke for seg at det vil bli frigjorte sykehuslokaler i Hedmark i nær framtid. Tvert imot mener vi at den demografiske utviklingen og nye medisinteknologiske løsninger, vil føre til at behovet for sengekapasitet vil øke. Flere eldre, med multisykdommer, vil kreve flere utrednings- og behandlingsplasser i sykehus. Den teknologiske utviklingen og kompetanseutviklingen vil føre til at behandlingsformer som i dag er forbeholdt Regionsykehusene, vil kunne etableres mer desentralt. Regionrådet mener at Helseforetaket bør følge Helsedirektoratets anbefaling om å utnytte de nettverksmulighetene innen dagens sykehusstruktur som telemedisin og annen elektronisk kommunikasjon inviterer til.

Regionrådet ser også behovet for egnede lokaler for pasient- og pårørende veiledning for pasienter med kroniske lidelser, der egenmestring er et mål. Dette krever samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene.

**c. Er det andre helse- og sosialtjenester innen kommunen/regionen som med fordel kan samlokaliseres i de sykehuslokalene som eventuelt blir frigjort?**

Som nevnt over, ser ikke Regionrådet for Sør-Østerdal for seg at det blir frigjorte sykehuslokaler, j.fr det svaret Elverum kommune fikk på sin forespørsel om leie

av lokaler i sykehuset i Elverum, før man bestemte seg for å bygge ut Helsehuset i Elverum.

## **2. Modell for fremtidig sykehusstruktur**

Regionrådet anbefaler **ett hovedsykehus/sentralsykehus i hvert av de to fylkene.**

Regionrådet for Sør-Østerdal advarer mot de samfunnsmessige og miljømessige konsekvensene av å bygge et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua.

Regionrådet peker på Meld. St.18 (2016 -2017) Berekraftige byar og sterke distrikt, side 77 der det står:

***Regjeringa vil at lokaliseringa av statlege publikumsretta verksemder og større statlege arbeidsplassar skal medverke til reduksjon av biltransport, auke kollektivtransport og et styrkt bymiljø. Dette må sikrast på eit tidleg tidspunkt i arbeidet med å velje lokalisering.***

Regionrådet kan ikke se at en samling av spesialiserte sykehusfunksjoner ved Mjøsbrua ivaretar dette hensynet. Regionrådet for Sør-Østerdal mener at en videreutvikling av dagens sykehusbygg i Elverum vil være den samfunnsøkonomiske og transport-økonomiske løsningen for ett hovedsykehus for befolkningen i Hedmark.

## **3. Integrering av psykisk helsevern, rus og somatikk og sykehusmodell**

Skal man lykkes med slik integrering, krever det endringer både i kompetanse, organisering og holdninger, både blant behandlere og pasienter/pårørende og publikum. I Elverum kan det imidlertid legges til rette for en slik integrering gjennom utbygging av dagens bygningsmasse, i like stor grad som ved et evt. nytt Mjøs-sykehus.

## **4. Hvilken sykehusmodell vil gi det beste tilbudet til pasientene i Hedmark og Oppland?**

Regionrådet for Sør-Østerdal mener at ett hovedsykehus/sentralsykehus i hvert av de to fylkene vil være den beste løsningen.

Regionrådet for Sør-Østerdal mener at en samling av akutfunksjoner for befolkningen i Hedmark til et utvidet sykehus i Elverum, vil være framtidsrettet og gi det beste tilbudet til befolkningen i Hedmark.

## **5. Hvilket alternativ av to- eller tre sykehusmodellene vil ivareta befolkningens behov for spesialisthelsetjenester på best måte og hvor bør områdefunksjonene samles?**

Regionrådet for Sør-Østerdal mener at et hovedsykehus i Elverum, supplert med flere private spesialisthjemler og ambulante spesialisthelsetjenester, vil ivareta Hedmarkbefolkningens behov for sykehustjenester på en tilfredsstillende måte. Vi forutsetter at dagens lokalsykehus består og videreutvikles i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten.

## **6. Hvilke samfunnsmessige hensyn bør helseforetaket vektlegge sterkest i sin vurdering?**

Regionrådet for Sør-Østerdal mener at de samfunnsmessige konsekvensene av å bygge ned sykehusfunksjoner i eksisterende vertskommune, for så å etablere enda et nytt hovedsykehus nær Mjøsbrua, er betydelig undervurdert. Regionrådet mener at

samhandlingen og den gjensidige avhengigheten som eksisterer mellom sykehusmiljøer, vertskommuner og nærliggende kommuner er bygget opp over lang tid. Å rive opp denne samhandlingen, vil få betydelige konsekvenser.

Regionrådet for Sør-Østerdal minner om at Helsedirektoratet varsler om en betydelig mangel på helse- og omsorgspersonell allerede om få år. Utdanningen av sykepleiere og spesialsykepleiere i de to fylkene foregår i dag i Elverum og på Gjøvik. Disse utdanningene og øvrige utdanninger av helsepersonell, har behov for en god og variert sykehuspraksis. Dette er godt etablert i dag. Regionrådet er bekymret for at denne praksistilgangen vil svekkes ved nedbygging av dagens sykehusfunksjoner dersom et nytt hovedsykehus etableres.

Dessuten mener Regionrådet for Sør-Østerdal at:

- Ett felles hovedsykehus for de to fylkene vil være mer sårbart enn to sykehus, med tanke på ulike driftsproblemer, sykehusinfeksjoner, terrorhandlinger, etc.
- Ett felles hovedsykehus på et annet sted, enn nær der dagens sykehus er lokalisert, vil føre til at de fleste ansatte, vil få lengre reisevei og belaste miljøet mer, enn ved ett hovedsykehus i hvert fylke. Sannsynligvis vil dette på sikt innebære fraflytting fra dagens vertskommuner for sykehus og etablering av enda en by nær Mjøsa. Er det valg av sykehusstruktur som skal styre samfunnsutviklingen?
- Med ett felles hovedsykehus nær Mjøsbrua, vil reiseavstandene for befolkningen i ytterkantene av de to fylkene vil bli betydelige. Med fortsatt fritt sykehusvalg, vil trolig flere pasienter enn i dag søke spesialiserte sykehustjenester utenfor de to fylkene våre.
- Stordriftsfordelene ved større sykehus har en tendens til å reduseres når komplekse enheter blir for store.
- Kostnadene ved bygging av et helt nytt sykehus og etablering av nødvendig infrastruktur i forbindelse med dette, vil belaste sykehusbudsjettet over lang tid og trolig ramme både personalsituasjonen og pasienttilbudet.

Med vennlig hilsen

Erik Hanstad/sign  
Regionrådsleder

Terje Røe/sign  
Regionrådgiver