

Sykehuset Innlandet HF

Postboks 104
2381 BRUMUNDDAL

Dato: 12.05.2017

Rådmannen

Vår ref: 2017/472 - 5402/2017

Deres ref:

Arkiv:

Saksbehandler: Gunvor A Stormoen

Telefon:

Åmot kommune - uttalelse til "Fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF - Høring idefaserapport - 2017"

Vedlagt oversendes særutskrift fra behandling i kommunestyret i Åmot 10. mai 2017.

Med hilsen

Gunvor A Stormoen
Rådgiver

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes derfor uten signatur.



Rådmannen

Vår ref.: 2017/472 - 4378/2017 Saksbehandler: Gunvor A Stormoen

Arkiv: Dato: 19.04.2017

Saksframlegg

Fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF - Høring idefaserapport - 2017

Saksnr.	Utvalg	Møtedato
17/29	Formannskapet	26.04.2017
17/21	Kommunestyret	10.05.2017

Vedlegg som følger saksframlegget:

- 1 Høring - frist 12.05.17 - Fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF - idéfaserapport
- 2 Gjennomgang av høringsdokumentene 8. mars 2017 - PP
- 3 Idéfaserapport
- 4 Samfunnsanalyse

Rådmannens forslag til innstilling:

Åmot slutter seg til framlagte forslag til uttalelse fra Regionrådet for Sør-Østerdal og med ytterligere kommentarer/innspill fra Åmot om at det anbefales *ett hovedsykehus/sentralsykehus* i hvert fylke. I Hedmark lokaliseres dette i Elverum. Den ferdig behandlede uttalelsen fra Regionrådet for Sør-Østerdal legges fram til kommunestyret den 10.05.17.

Behandling Formannskapet - 26.04.2017:

Rådmannens forslag til innstilling ble vedtatt med 6 stemmer for og 1 stemme mot.

Innstilling Formannskapet - 26.04.2017:

Åmot slutter seg til framlagte forslag til uttalelse fra Regionrådet for Sør-Østerdal og med ytterligere kommentarer/innspill fra Åmot om at det anbefales **ett hovedsykehus/sentralsykehus** i hvert fylke. I Hedmark lokaliseres dette i Elverum. Den ferdig behandlede uttalelsen fra Regionrådet for Sør-Østerdal legges fram til kommunestyret den 10.05.17.

Behandling Kommunestyret - 10.05.2017:

Formannskapets forslag til innstilling ble enstemmig vedtatt.

Vedtak Kommunestyret - 10.05.2017:

Åmot slutter seg til framlagte forslag til uttalelse fra Regionrådet for Sør-Østerdal og med ytterligere kommentarer/innspill fra Åmot om at det anbefales **ett hovedsykehus/sentralsykehus** i hvert fylke. I Hedmark lokaliseres dette i Elverum. Den ferdig behandlede uttalelsen fra Regionrådet for Sør-Østerdal legges fram til kommunestyret den 10.05.17.

Bakgrunn

Sykehuset Innlandet HF har sendt på høring Idefaserapport på fremtidig sykehusstruktur med høringsfrist 12. mai 2017.

I høringsbrevet står det at Sykehuset Innlandets mål er å skape pasientenes helsetjeneste, og kunne tilby gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen.

Regionrådet for Sør-Østerdal har nedsatt ei regional arbeidsgruppe for å forfatte et forslag til høringsuttalelse. Forslaget er gjengitt i saksframlegget, og det foreløpige utkastet er gjennomgått og Åmot slutter seg til innholdet i dette utkastet med ytterligere kommentarer/innspill fra Åmot kommune er markert med rød skrift i saksframlegget.

Forslag til høringsuttalelse behandles i Sør-Østerdal Regionråd 27. april 2017.

Vurderinger

Foreløpig utkast

Fremtidig sykehusstruktur. Idefaserapporten. Høringsuttalelse fra Regionrådet for Sør-Østerdal

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.

Ytterligere innspill fra Åmot kommune:

Sentralisering av sykehusstilbudene i de to fylkene vil i seg selv føre til at pasientgrunnlaget for SI HF svekkes. Kortere reisetid til nasjonale og regionale sykehusstilbud som følge av samferdselstilbudet vil ha samme virkning.

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 tidligere 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 innbyggere over 80 år enn landsgjennomsnittet. Hedmark har 6,2 % over 80 år, Oppland 6,1 %, mens snittet for Norge var 4,8 i 2016. I løpet av de siste tjue årene har gjennomsnittlig forventet restlevetid 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 dette bidra til stadig flere eldre.

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 sykehus 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.

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 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 «gjestevisitt» 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.

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

Innen tjenesteområdene for psykisk helse og rusbehandling/oppfølging, er spesialisthelsetjenesten og kommunene 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 spesialisthelsetjeneste som innenfor psykisk helsevern, 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, bla. 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 psykisk helsevern kan utvikles innenfor disse somatiske fagområdene.

Vi mener også at det bør legges bedre til rette for en desentralisert dialysebehandling for å redusere reiseavstanden for pasienter med kroniske nyresykdommer.

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 tilrette 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.

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 og geriatri.

Ytterligere innspill fra Åmot kommune i tillegg til ovennevnte:

- Digital røntgen lokalt med mulighet for tolking for å unngå mye kjøring
- Utvikle et tettere prehospitalt samarbeid

1.1. 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. 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 sykehusene våre. Dette gjelder bla. 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 makte 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.

1.2. 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.

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.

Ytterligere innspill fra Åmot kommune i tillegg til ovennevnte:

Kommunene vil ha behov for å rekruttere helsefaglig kompetanse i stor grad framover. Det er tvilsomt at dette blir enklere dersom det samtidig skal skje en sentralisering av stadig flere faglige oppgaver som kommunene skal løse. Kommunale sykehjem og hjemmesykepleie må ha ambisjoner om å kunne dekke et bredt spekter av tilbud til pasientene både av hensyn til å opprettholde og rekruttere til fagmiljøer, og også av hensyn til pasientenes behov.

2. Modell for fremtidig sykehusstruktur

Regionrådet for Sør-Østerdal anbefaler **ett hovedsykehus/sentralsykehus** i hvert fylke.

For store deler av befolkningen vil det være kortere reiseavstand til nærmeste fullverdige sykehus i nabofylker, som det vil være til et eventuelt nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua. Et eventuelt nytt felles hovedsykehus for de to fylkene våre plassert i nærheten av dagens Mjøsbrua, vil føre til en 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. 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 utbyggingsmuligheter 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.

Tomtearealene er tilstrekkelige, men det hadde vært ønskelig med en større tomtereserve for å sikre ukjente fremtidige behov og for å dekke behovet for parkeringsplasser på terreng på egen grunn, uten å måtte bygge parkeringskjeller eller parkeringshus.

Fra Elverum kommune pekes det på at kommunen er tomteeier for betydelige areal i tilknytning til dagens sykehusomt. (Fjellmora barnehage).

Begrunnelsen for Regionrådets anbefaling om ett hovedsykehus i hvert fylke:

- Ett felles hovedsykehus for de to fylkene vil være mer sårbart enn to sykehus, med tanke på ulike driftsproblemer, sykehusinfeksjoner, 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.
- 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.

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.

Ytterligere innspill fra Åmot kommune i tillegg til ovennevnte:

Faglige momenter for IKKE å etablere et hovedsykehus ved Mjøsbrua kontra å ha ett hovedsykehus/sentralsykehus i hvert fylke vil det kunne resultere i:

- Sterkt reduserte muligheter for trombolyse ved hjerneinfarkt. Dette vil forsterkes ved mindre tilgjengelighet på ambulanse.
- Økt risiko ved fødsler på grunn av mye lengere transporttid

- Lengre responstid på ambulanse da de er borte lengre tid for hvert oppdrag. Med mindre ambulansetjenesten bygges kraftig ut, vil dette resultere i at det blir ytterligere 1500 timer hvor det ikke er ambulanse tilgjengelig i løpet av et år. Da er det ikke tatt høyde for at ambulanse i enda høyere grad trolig vil kjøre flere oppdrag i Elverum da de vil oppleve tilsvarende der. Med bakgrunn i dette er det dermed stor sjanse for enda lengere responstid i Åmot, og det er heller ikke tatt høyde for at økt antall turer vil bli med ambulanse på grunn av lengere transporttid
- Økt press på ikke å legge inn eldre pasienter på grunn av lang transporttid
- For Østerdalen vil et høyt spesialisert akutt-tilbud nås på tilnærmedesvis samme tid i Oslo som ved Mjøsa. Når det gjelder spesialisert hjertebehandling bygges nå LHL-klinikkene Gardermoen, Jessheim. Dette skal bli et nasjonalt kraftsenter for hjerte- og lungesyke for hele landet, hvor LHL samlokaliserer landets ledende hjerte- og lungemiljøer fra Feiringklinikken og Glittreklinikken. Dette vil stå ferdig ved årsskiftet 2017 – 18.

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. 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.

Vi 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?

Det viktigste samfunnshensynet som helseforetaket bør vektlegge, er hensynet til nærhet til befolkningen i de to store fylkene våre og aldersutviklingen i befolkningen.

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

Dessuten bør det tas hensyn til at dagens Regionsykehus er de som fortsatt skal ta hand om de mest krevende spesialistoppgavene. 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.

Ytterligere innspill fra Åmot kommune i tillegg til ovennevnte:

- Lang transporttid for Åmots befolkning
- Høy kostnad for arbeidsgivere da en poliklinisk undersøkelse vil bety at pasient er borte hele dagen i stedet for noen timer
- Høy kostnad for kommunen ved følge til et sykehus beliggende ved Mjøsa fremfor i Elverum
- Forventet at andel ambulansetransporter vil øke betydelig med 2 timers reiseavstand frem for 0,5 time. Dette vil i sin tur ytterligere redusere akutt-beredskapen i kommunen. Det ligger ikke inne i noen analyser at kapasiteten på Prehospita l divisjon skal økes på tross av at det er åpenlyst at dette vil skape et behov for sterkt økt kapasitet da gjennomsnittlig transporttid vil øke
- Flere vil ha behov for drosje på grunn av lang reiseavstand og manglende offentlige transport muligheter
- Mulighetene for offentlig transport fra Åmot til Biri er nærmest ikke eksisterende. I « Samfunnsanalyse ved fremtidig sykehusstruktur» (Asplan Viak) legges det opp til få parkeringsplasser. Hvordan forventes det at Østerdøler skal komme til et slikt sykehus?
- Mulighet for kontakt med innlagt barn/ektefelle blir redusert til helgebeseøk. Dette vil gi et veldig mye dårligere tilbud for Åmotinger.
- Samfunnsanalysen tilsier færre jobbmuligheter for innbyggere i Åmot på grunn av lang reisevei. Dette gjør at det blir mindre attraktivt og flytte til Åmot.
- Det tas i liten grad hensyn til at Østerdalen og spesielt Trysil, men også i stor grad i Åmot, opplever økende turisme.
- Antallet innbyggere/personer som oppholder seg i Åmot er bortimot det **dobbelte** av hva statistikken tilsier på grunn av studenter ved høyskolen og ansatte/soldater i Rena leir.
- Åmot har to stor Birken-arrangementer i løpet av året – rennet og rittet – med tilstrømming av flere tusen personer.
- Det vises til at bygging av tidligere storsykehus har endt med pris langt høyere enn opprinnelig kostnadsramme enn kostnadsberegning i en idefase. Samtidig må en anta at når det gjelder renovering av eksisterende bygningsmasse, er det vel langt større muligheter for at slike priser er mer realistiske. I ettertid viser det seg at både Akershus Universitetssykehus (Ahus) og Sykehuset Østfold Kalnes ble sluttregninga adskillig høyere enn først anslått.

Konklusjon

Rådmannen anbefaler at kommunestyret slutter seg til framlagte uttalelse fra Regionrådet for Sør-Østerdal og med ytterligere kommentarer/innspill fra Åmot om at anbefaler *ett hovedsykehus/sentralsykehus* i hvert fylke, og i Hedmark lokaliseres dette i Elverum.