

# Øystre Slidre kommune

STAB

Bygdinvegen 1989 2940 Heggenes

---

**Til:**

Eldrerådet  
Rådet for mennesker med  
nedsatt funksjonsevne  
Sykehuset Innlandet

Dykkar ref.:

Vår ref.:  
MOELIV -  
2004000092

Arkiv:  
H10, 024

Vår dato:  
04.05.2017

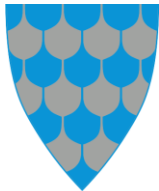
## Særutskrift - Høring - fremtidig sykehusstruktur Sykehuset Innlandet

Vedlagt følger samla saksframstilling og vedtak frå behandlinga i kommunestyret.

Med helsing

Liv Bodil Tyskeberg Moen  
Møtesekretær

*Etter våre rutiner er dette brevet godkjent og sendt utan underskrift.*



# Øystre Slidre kommune

## Saksframlegg

Saksbehandlar:

Steinar Nybråten

Arkivsaksnr: 17/210

Arkiv: H10, 024

**Behandla av:**  
Kommunestyret

**Møtedato**  
27.04.2017

**Saksnr:**  
**023/17**

## Høring - fremtidig sykehusstruktur Sykehuset Innlandet

Utskrift til:

Sykehuset Innlandet HF Postboks 104, 2381 Brumunddal  
Eldrerådet  
Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

### Vedlegg:

077-2016-01 Vedlegg Idéfaserapport  
Høringsbrev

Nr	T	Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	I	01.02.2017	Sykehuset Innlandet	Høring av idéfaserapport for Sykehuset Innlandet

### Bakgrunn for saka:

Kommunene er invitert til å gi høringssvar på idéfaserapporten om framtidig sykehusstruktur i Sykehuset innlandet. Høringsfristen er 12. mai.

I idéfasen skal Sykehuset Innlandet innstille overfor Helse Sør-Øst på valg av framtidig sykehusstruktur i Innlandet. Idéfaserapporten er utarbeidet i tråd med nasjonal veileder for sykehusbygging og utgjør høringsgrunnlaget sammen med en samfunnsanalyse.

Ordføreren har bedt om en sak til kommunestyret, slik at han har et mandat fra kommunen når saka skal behandles i regionstyret.

## Saksopplysninger:

### Temaer for høring

Hovedformålet med høringsprosessen er å få fram synspunkter på utformingen av Sykehuset Innlandets framtidige faglige tilbud. Høringsinstansene bes spesielt om å uttale seg om følgende spørsmål:

1. Sykehuset Innlandet vil i en ny struktur legge til rette for en god desentralisert spesialisthelsetjeneste, med flere tjenester nær der pasienten bor. Det må planlegges i samarbeid med primærhelsetjenesten og kommunene. Sykehuset Innlandet er interessert i størst mulig aktivitet desentralt for å gi pasientene et faglig godt tilbud nærmere der de bor, dersom dette er hensiktsmessig. Sykehusstrukturen vil åpne for et annet tilbud i lokalmedisinske sentre og i frigjorte arealer i enkelte av dagens sykehus. Dette gir mulighet for økt samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
  - Hvilke spesialisthelsetjenester kan utvikles i felleskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?
  - Hvilke kommunale/interkommunale primærhelsetjenester for øvrig kan eventuelt lokaliseres i frigjorte arealer?
  - Er det andre helse- og sosialtjenester innen kommunen / regionen som med fordel kan samlokaliseres i de sykehuslokalene som eventuelt blir frigjort?
2. Samtidig som tjenestene i så stor grad som mulig bør være nær der pasientene bor, er det behov for å samle de mest spesialiserte tjenestene. Dette gjelder f. eks. tilbud innen mage-tarmkirurgi, ortopedi, urologi, karkirurgi, gynekologi/føde, barnemedisin, hjertemedisin, nyremedisin, nevrologi, øre-nese- hals og øye. Idéfaserapporten beskriver ulike modeller for en fremtidig sykehusstruktur.
  - Hvilken modell for en fremtidig sykehusstruktur gir det beste tilbudet til pasientene i Innlandet?
3. Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St.11 (2016-2019) legger føringer for at psykisk helsevern, rus og somatikk skal integreres bedre i fremtidens helsetjenester. Sykehuset Innlandet vil i en fremtidig sykehusstruktur legge til rette for dette gjennom større grad av samlokalisering av disse pasienttilbudene.
  - Gjennom hvilken modell kan dette best bli ivaretatt i Innlandet?
4. Idéfaserapporten anbefaler en modell med hovedsykehus ( ved Mjøsbrua). Denne modellen er utredet med ulik grad av gjenværende aktivitet i de eksisterende sykehusbyggene, dette gjelder akutt indremedisin, planlagt heldøgnskirurgi, dagbehandling og poliklinikk.
  - Hvilken hovedsykehusmodell vil gi det beste tilbudet til pasientene i Innlandet?
5. I to- og tre-sykehusmodeller forutsetter Sykehuset Innlandet at områdefunksjoner / spesialiserte tjenesteri samles på ett sted.
  - Hvilket alternativ av to- eller tre-sykehusmodellene ivaretar best befolkningens behov for spesialisthelsetjenester og ved hvilke sykehus bør områdefunksjonene samles?
6. En endring av sykehusstrukturen vil ha samfunnsmessige konsekvenser og skaper samtidig muligheter til utvikling.
  - Hvilke samfunnsmessige hensyn bør Sykehuset Innlandet vektlegge sterkest i sin vurdering?

## **Vurdering:**

### **Rådmannen anbefaler alternativ 1A med følgende begrunnelse:**

#### **Sterke fagmiljø:**

Mangel på spisskompetanse vil være en av de største endringsdriverne i helsevesenet i årene framover. Sykehuset Innlandet har allerede i dag lokal mangel på kompetanse knyttet til flere faggrupper som gjør driften sårbar (for eksempel lungemedisin, onkologi, gynekologi, radiologi, psykiatri). Særlig innenfor legegruppen baserer vaktordninger seg fortsatt på unntak fra arbeidsmiljøloven. Det er økende krav om arbeidstidsordninger som er mer i tråd med arbeidslivet for øvrig. En konsekvens av dette er at vaktlinjer må dekkes av flere personer enn i dag.

For å ta hånd om framtidens omsorgsutfordringer har Stortingsmelding 47 gitt tydelige signaler om at Samhandlingsreformen er en kompetansereform. For å løse mange av de ulike oppgaver helsesektoren har kreves det at helsepersonell har erfaring, mulighet for kompetanseheving og et robust fagmiljø. Disse faktorene vil være avgjørende for god pasientbehandling, god pasientflyt og ikke minst at pasientene skal oppleve god kvalitet på behandlingen.

Gjennom samhandlingsreformen vil kommunen ha behov for betydelig styrking av kapasitet og kompetanse. En vellykket gjennomføring av samhandlingsreformen vil kreve at en stor andel av nyutdannede helsearbeidere rekrutteres til kommunen i stedet for spesialisthelsetjenesten. Dette vil imidlertid gjøre spesialisthelsetjenesten ytterligere sårbar i forhold til rekruttering.

Institusjonsstrukturen i spesialisthelsetjenesten har vært uendret i mange år. Dette til tross for store endringer i infrastruktur (samferdsel, IKT m.m.) og endringer i behandlingsmetoder. Sykdomspanoramaet vil de neste 10- 20 årene endres. Det er viktig å organisere og strukturere spesialisthelsetjenesten på en måte som kan møte de nye utfordringene og som tar opp i seg de nye mulighetene.

Mange lokasjoner og fragmenterte fagmiljø svekker mulighetene for å få spesialister ute i distriktene. Med ett hovedsykehus for Innlandet, vil en også kunne få etablert tilbud, som pasientene nå må til Oslo for å få utført. Ved mindre sykehus får en ikke stort nok volum og erfaring med krevende pasientoppgaver. I dag blir for eksempel pasienter med brystkreft diagnostisert på Lillehammer, operert på Hamar og får etterbehandling på Gjøvik. Er dette å bygge pasientens helsetjeneste slik helseministeren snakker om?

Det kan virke som at vi i utkantene er mindre redde for avstander, enn de som bor nært et sykehus. Vi ser at de som har sykehus i sin kommune har kjempet for å beholde dette. Eksemplet over viser at det er ikke sikkert at du bor ved det «riktige» sykehuset når du blir syk. Ved sykdom som krever innsats i løpet av to–tre timer, er det særlig viktig at en blir sendt til et sykehus hvor de har stor erfaring. Da er sjansene for å minske skadene/bli frisk langt større.

Det vil verken være økonomiske eller personell-/kompetansemessige ressurser til å opprettholde en kvalitativt god spesialisthelsetjeneste i Innlandet i årene framover innenfor dagens oppdelte sykehusstruktur.

#### **Akuttberedskap**

I NOU 2015:17 «Først og fremst» blir det angitt at anbefalt responstid ved akuttoppdrag bør være 8 min i store byer, 12 min i øvrig tettbebyggelse og 25 for spredtbygde strøk. Der disse tidene ikke kan oppfylles skal det beskrives kompenserende tiltak.

Økt kompetanse har ført til en endret rolle for de prehospitale tjenestene. Mens hovedoppgavene tidligere i stor grad var livredning og raskest mulig transport inn til nærmeste sykehus, er praksis nå at ambulanspersonell i vesentlig større grad starter behandling på skadested og underveis til sykehus. Pasienten blir etter vurdering på skadestedet eller i hjemmet transportert til det sykehuset som har den relevante kompetansen for det aktuelle tilfellet. De mest kritisk syke og skadde transporteres direkte til regionsykehus.

Luftambulansen på Dombås betjener både Gudbrandsdalen og Østerdalen. Valdres ligger i et dalføre uten luftambulans og betjenes i hovedsak fra Ål. Valdres er en region med mange festivaler. Det skjer alltid hendelser under denne som krever legebehandling, og i år var det ikke flyvær. Det innebærer at legevakslegen må følge med ambulanse til sykehus, og den lokale beredskapen svekkes. I rapporten *Utreddning av pasienttilbud og faglig innhold i lokalmedisinske sentre/desentraliserte tilbud* som ble overlevert administrerende direktør Morten Lang-Ree 1. februar i 2016 er akuttberedskapen i Valdres omtalt. Det foreslås en modell med akuttmedisiner i beredskapsturnus på VLMS. Vårt håp er nå at vi kan få finansiering til å prøve ut denne modellen.

Et luftambulansetilbud i Mjøområdet som beskrevet i høringsdokumentet vil være et alternativ, med en responstid på 20 min.

For å sikre trygghet til befolkningen vil prehospitale tjenester ha en sentral og sannsynligvis enda mer fremskutt rolle i den framtidige organiseringen av spesialisthelsetjenesten i Innlandet. Utviklingen av prehospitale tjenester må skje i nært samarbeid med lokale helsetjenester og beredskapstjenester, med formål å oppnå faglig gode og effektive samarbeidsløsninger.

### **Desentraliserte tjenester:**

Helse Sør Øst sin visjon:

Gode og likeverdige tjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisk bakgrunn.

Denne visjonen tilsier at en må jobbe med å få tjenestene nærmest mulig der folk bor og på lavest mulig nivå.

### **Spesialisthelsetjenester i distrikt**

Valdres er en region med 18 000 innbygger, vel 19 000 hytter og med en befolkning opp mot 50 – 60 000 i helger og høytider. Regionen er langstrakt og reisevei til nærmeste sykehus er 17 mil for de som bor lengst unna. I samarbeid med Sykehuset Innlandet HF har vi utviklet tilbudet med spesialisthelsetjenester under visjonen *Friskere i Valdres* og alt vi etablerer skal være *framtidensretta – nært – trygt* som er vårt verdigrunnlag.

1. Distriktsmedisinske sentra vil være viktige ressursbaser for utvikling av lokalbaserte spesialisthelsetjenester, og et viktig møtepunkt mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Valdres lokalmedisinske senter (VLMS) har vært i kontinuerlig utvikling siden oppstart 2002, og med innflytting i nye lokaler våren 2015 åpnet det seg nye muligheter. I dag har vi 12 ulike spesialister som kommer 1 – 4 ganger hver måned. I tillegg har VLMS skjeletrøntgen, dialyseenhet og kreftpoliklinikk. Den digitale utviklingen bidrar også til at samhandlingen og

kommunikasjonen med sykehusene blir enklere, men fortsatt er det et stykke igjen før dette er optimalt. Sammen med Sykehuset Innlandet bygger vi «stein på stein».

1. Tjenester rettet mot de store sykdomsgruppene skal desentraliseres, med lokalsykehusene som hovedarena. Lokalsykehusene og distriktsmedisinske sentra vil være bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Lokalsykehusene skal som minimum ha et bredt poliklinisk tilbud og akuttberedskap for indremedisin tilpasset kompetanse/lokale ressurser. Det skal også være anestesilege i vaktberedskap. I tillegg kan lokalsykehusene ha planlagt behandling i kirurgi.

Intensjonen med samhandlingsreformen er at sykehusene skulle bli mer spesialiserte og at pasientene skal ferdigbehandles i kommunene og lokalmedisinske sentra. På vår arbeidsliste, som er godt kjent for Sykehuset Innlandet, står det en rekke tilbud vi ønsker skal etableres poliklinisk på det lokalmedisinske senteret. Dette er spesialisttilbud med et pasientvolum som tilsier at det er god samfunnsøkonomi å etablere det lokalt. Bor du 17 mil unna nærmeste sykehus og nærmeste luftambulansesenter er på Ål, er det viktig av ambulanser og det lokalmedisinske senteret har tilstrekkelige ressurser. I dag er vi «prisgitt» at enkeltleger synes det er nyttig og har lyst til å jobbe desentralt, og at alle sykehusene har fylt opp sine vaktlinjer. Det betyr at det er i stor grad ildsjeler og velvillig ledelse som har bidratt til at vi allerede har de tilbudene vi har.

Fra 2017 organiseres de lokalmedisinske sentrene i Oppland, Fagernes og Otta, under divisjon prehospitaltjenester i Sykehuset Innlandet. Det synes vi er bra, da det tydeliggjør sentrenes posisjon. MEN, er dette tilstrekkelig for å sikre utvikling?

Rådmannen mener svaret er nei, da vi fortsatt er prisgitt at den enkelte lege ønsker å reise ut og at sykehusenes behov ivaretas først.

Store suksessfulle sykehus i vårt land og andre land er plassert i et forsknings- og utviklingsmiljø. Rådmannen er derfor skeptisk til å plassere en så viktig institusjon ut fra hva som er politisk spiselig kompromiss i en nåsituasjon. Rådmannen mener et nytt hovedsykehus må plasseres ved NTNU Gjøvik, og bidra til at det eneste universitetsmiljøet i Innlandet styrkes, kanskje en dog med studier innen medisin.

Derfor synes kun et alternativ å være fornuftig: **ett hovedsykehus plassert så nær universitetsmiljøet ved NTNU Gjøvik som mulig.**

Rådmannen er bekymret for utviklingen i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse. Erfaringen viser at det er vanskelig å ha tilstrekkelig og riktig kompetanse ute i kommunene. Derfor er vi avhengig av tilstrekkelig kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at det blir tatt høyde for at kapasiteten blir tilpasset behovet i regionen. Med kapasitet mener vi både sengeplasser, poliklinisk virksomhet og veiledning til kommunene.

### **Rådmannen legg saka fram med slikt forslag til vedtak:**

Øystre Slidre kommune støtter etablering av ett hovedsykehus for Innlandet og at dette blir etablert så nær NTNU Gjøvik som mulig.

## **27.04.2017 Kommunestyret**

### **Behandling:**

Forslag frå H v/Gunnar Thue:

Øystre Slidre kommune støtter regjeringens sykehuskart med videreutvikling av sykehusene i den bestående struktur (Gjøvik-Lillehammer).

Forslaget fall med 16 mot 5 røyster.

Forslaget frå rådmannen vedteke med 15 mot 6 røyster.

Forslag frå H v/Hanne Svendsen og Bente Oxhøvd:

Øystre Slidre kommune støtter hovedsykehusmodellen med ett stort akuttsykehus ved Mjøsbrua som fremtidig modell for Sykehuset Innlandet.

Forslaget fall med 14 mot 7 røyster.

### **KS-023/17 Vedtak:**

Øystre Slidre kommune støtter etablering av ett hovedsykehus for Innlandet og at dette blir etablert så nær NTNU Gjøvik som mulig.

\*\*\*

Retts møtebok:

