

**Nord-Aurdal kommune
Utvalgssak**

Behandlet av	Møtedato	Saksnr.	Saksbehandler
Kommunestyret	04.05.2017	028/17	DAMKRI

Fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF - Høring av idéfaserapport

Vedlegg:		Dok.ID
Dok. dato	Tittel	
26.04.2017	Høringsbrev - Sykehuset Innlandet HF - Idéfaserapport	167450

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt):**Saksopplysninger:**

Dette er en felles høringsuttale fra kommunene i Valdres.

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 sykehusbygging¹ og utgjør høringsgrunnlaget sammen med en samfunnsanalyse.

Endringsbehovet i Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandets mål er å skape pasientenes helsetjeneste. I tiden fremover står Sykehuset Innlandet overfor store utfordringer for å kunne tilby gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen. Både pasientenes krav og behov samt medisinsk utvikling, gjør at behandling og oppfølging stadig må utvikle seg. Spørsmålet er hvordan Sykehuset Innlandet skal sørge for at pasienter blir vurdert likt og behandlet like godt døgnet rundt i hele Innlandet i 2040 og hvilke tjenester som skal tilbys hvor for å oppfylle dette.

Temaer for høring

Hovedformålet med høringsprosessen er å få fram synspunkter på utformingen av Sykehuset Innlandets framtidige faglige tilbud, se vedlagt høringsbrev.

Valdresregionen har utarbeidet følgende høringsuttale:

Valdresregionen støtter alternativ 1 med etablering av et nytt hovedsykehus for Innlandet. Valdresregionen vil understreke betydningen av at et nytt hovedsykehus plasseres i nær tilknytning til eksisterende utdanningsinstitusjoner med universitetsstatus og medisinsk utdannings- og forskningsmiljø. Dette vil sikre praksisplasser, kompetanseutvikling og sterke fagmiljø i framtidens sykehusstruktur.

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 baseres vaktordninger 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 i helsesektoren kreves det at helsepersonell har erfaring, mulighet for kompetanseheving og er en del av et robust fagmiljø. Disse faktorene vil være avgjørende for god pasientbehandling, god pasientflyt og ikke minst at pasientene skal oppleve god kvalitet i 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 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 distrikt. Med ett hovedsykehus for Innlandet, vil en også kunne få etablert tilbud, som pasientene i dag 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. Dette er ikke å bygge pasientens helsetjeneste.

Det kan virke som om vi i distriktene er mindre bekymret 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 ikke være økonomiske eller personell-/kompetansemessige ressurser til å

oppretholde 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 under 8 min i store byer, under 12 min i øvrig tettbebyggelse og mindre enn 25 min. for spredtbygde strøk. Der disse tidene ikke kan oppfylles skal det beskrives kompensierende 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 mest 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 luftambulanse og betjenes i hovedsak fra Ål. Valdres er en region med mange festivaler, og det skjer alltid hendelser under disse som krever legebehandling. Dersom det ikke er flyforhold for helikopter medfører dette at legevaktslegen må følge med ambulanse til sykehus, og den lokale beredskapen svekkes. I rapporten «*Utredning av pasienttilbud og faglig innhold i lokalmedisinske sentre/desentraliserte tilbud*» som ble overlevert administrerende direktør Morten Lang-Ree 1. februar i år, er akuttberedskapen i Valdres omtalt. Det foreslås en modell med akutt-lege i beredskapsturnus ved Valdres Lokalmedisinske senter (VLMS). Vi etterlyser finansiering til å prøve ut denne modellen. Et luftambulansetilbud i Mjøsområdet 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 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 skjelettrøntgen, 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.

2. 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 dette er ikke tilstrekkelig. Vi er fortsatt avhengig av den enkelte lege ønsker å reise ut og at sykehusenes behov ivaretas først.

For å sikre utvikling er det nødvendig med ett hovedsykehus. Valdresregionen vil understreke betydningen av at et nytt hovedsykehus plasseres i nær tilknytning til eksisterende utdanningsinstitusjoner med universitetsstatus og medisinsk utdannings- og forskningsmiljø. Dette vil sikre praksisplasser, kompetanseutvikling og sterke fagmiljø i framtidens sjukehusstruktur. Videre ønsker vi oss sterke lokalmedisinske sentra i Oppland og Hedmark.

Til slutt vil vi påpeke at vi 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.

Vurdering:

Rådmannen støtter den regionale høringsuttalelsen.

Forslag til vedtak:

Kommunestyret slutter seg til høringsuttalelsen fra Valdresregionen slik den er gjengitt i saksutredningen.

04.05.2017 Kommunestyret

Rådmannen orienterte om saken.

Inger Torun Klosbøle (Ap): Forslag til vedtak: «Kommunestyret slutter seg til høringsuttalelsen fra Valdresregionen slik den er vedtatt i Regionstyret i sak RS-51/17 den 03.05.2017.»

Forslaget fra Klosbøle settes opp mot rådmannens forslag til vedtak.

Votering: Klosbøles forslag vedtas med 22 mot 3 stemmer.

KS-028/17 Vedtak, 22 stemmer mot 3 stemmer (25 stemmer):

Kommunestyret slutter seg til høringsuttalelsen fra Valdresregionen slik den er vedtatt i Regionstyret i sak RS-51/17 den 03.05.2017.

.....