



Skjåk kommune

SYKEHUSET INNLANDET HF
Postboks 104
2381 BRUMUNDDAL

Vår ref
2017/213/4/H10

Dykkar ref:

Saksbehandlar
Svein Holen
svein.holen@skjaak.kommune.no

Dato
04.04.2017

Høyring: Framtidig sjukehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF - Idefaserapport

Skjåk kommunestyre har 30.03.2017, sak 25/17, fatta følgjande vedtak:

1. *Skjåk kommunestyre vedtek høyringsuttale slik det går fram av vurderinga.*
2. *Skjåk kommunestyre anbefalar at det blir arbeidd vidare med ein modell med nytt hovudsjukehus ved Mjøsbrua.*

Fullstendig saksutgreiing følgjer vedlagt.

Med helsing

Svein Holen
Rådmann

Dokumentet er godkjent elektronisk og har derfor ikkje handskrivne signaturar.

Postadresse
Moavegen 30
2690 Skjåk

Heimeside
www.skjaak.kommune.no
E-post
post@skjaak.kommune.no

Telefon
61217000

Bank
2085.07.40004
Org.nr
961381096



	Skjåk kommune	Arkivsak: 2017/213-3 Arkiv: H10 Saksbehandlar: Svein Holen Dato: 13.03.2017
---	----------------------	--

Saksframlegg

Utv.saksnr	Utval	Møtedato
29/17	Formannskapet	21.03.2017
25/17	Skjåk kommunestyre	30.03.2017

Høyring: Framtidig sjukehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF - Idefaserapport

Dette saksframlegget er utarbeidd av koordinator i samfunnsmedisin Hege Lorentzen og kommunalsjef Iren Ramsøy som eit felles dokument for kommunane i region Nord-Gudbrandsdal, og er derfor skrivi på bokmål.

Høringsuttalelse

Fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF - Idefaserapport

Vedlegg

1. Høringsbrev
2. Idefaserapport: Fremtidig sykehusstruktur
3. Samfunnsanalyse, sluttrapport datert 18.01.17
4. Presentasjon høringsdokumenter på møte Otta 01.02.17

For ytterligere rapporter og andre dokumenter i saken henvises det til <https://sykehuset-innlandet.no/fremtidig-sykehusstruktur>

SAKSUTREDNING

Bakgrunn og oppsummering av idefaserapporten

Sykehuset Innlandet HF (SI) sendte «Idefaserapport. Fremtidig sykehusstruktur» med sluttrapport for en samfunnsanalyse til høring 01.02.2016 med høringsfrist 12. mai. Idefaserapporten er utarbeidet i henhold til Helsedirektoratets veileder fra 2011 «Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter». idéfasen skal i henhold til veilederen, presisere behovet og identifisere mulige, prinsipielle løsningsalternativer for fremtidig sykehusstruktur.

Pr. i dag har SI er opptaksområde på om lag 400 000 innbyggere og virksomhet tilknyttet somatikk, psykisk helsevern og rus på til sammen 42 steder i Hedmark og Oppland.

Som bakgrunn for vurdering av fremtidig sykehusstruktur, viser SI viser til de store endringene og utfordringene som spesialisthelsetjenesten vil møte i fremtiden. SI mener følgende faktorer særskilt vil påvirke utviklingen frem mot 2040:

- Andelen eldre mennesker øker. Innlandets befolkning øker med beskjedne 14 prosent frem mot 2040. Andel eldre over 70 år vil øke med hele 73 prosent. En stadig eldre befolkning vil gi en økt andel pasienter med kroniske sykdommer, muskel- og skjelettlidelser, psykisk sykdom og kreft.
- *En endret pasientrolle.* Pasientperspektivet vil styrkes med tydelig fokus på pasientsikkerhet og pasientmedvirkning. Pasientene vil stille større krav til tilgjengelighet, valgfrihet og åpenhet, med mulighet til å vurdere kvalitet. Mange pasienter er godt informerte og ønsker å være en aktiv medspiller i beslutninger knyttet til egen helse. De vil velge behandlingssted der de mener at de får best behandling.
 - *Flere fagmiljøer rundt pasienten.* Nye måter å behandle pasienten på og mer sammensatte tilstander vil kreve at flere fagmiljøer samarbeider om å undersøke og behandle pasienten.
 - *Pasientene behandles mer effektivt.* Trenden innen medisinsk behandling med overgang fra at pasientene legges inn i flere dager til at pasienten kommer, behandles og reiser hjem samme dag vil fortsette både i somatikk og psykisk helsevern. Dette vil stille endrede krav til arbeidsformer og behandlingssteder.
 - *Høyere krav til kvalitet.* Pasienter og samfunnet generelt vil stille høye krav til tilgjengelighet, kvalitet og service i møtet med helsevesenet.
 - *Spesialisering og desentralisering.* Enkelte tjenester skal kun gjøres ett sted i Sykehuset Innlandet på grunn av økt krav til samling av funksjoner og spesialisering og krav til at hver lege eller hvert team utfører behandlingen mange ganger. Samtidig gjør bruk av pc, mobil og andre moderne verktøy at flere tjenester tilbys nær eller i pasientens hjem. Leger og sykepleiere kan i enkelte tilfeller være tilstede uten at pasienten trenger å dra til sykehuset.
 - *Avansert behandling og nye kommunikasjonsmuligheter.* Informasjonsteknologiens raske utvikling skaper nye arbeidsmetoder. Det gir økt mulighet for bedre kvalitet i utredning, behandling og observasjon, bedre evaluering og oppfølging av resultater, informasjon og kommunikasjon mellom pasient/pårørende og aktørene i helsetjenestene.
 - *Behov for moderne bygg.* Dagens drift er tilpasset eksisterende bygg. Det er behov for en bygningsmasse som er fleksibel og kan tilpasses stadig nye behandlingsformer.

I utredningsarbeidet har SI utarbeidet fire effektmål med tilhørende vurderingskriterier.

Effektmål 1 – Trygge og gode tilbud
--

Strukturen skal bidra til å realisere:

- a. Moderne og brukertilpasset pasientbehandling og opplæring.
- b. Tilgang på relevant og riktig kompetanse på det stedet pasienten tas imot.
- c. At den akutte pasient møtes av personale med kompetanse på høyeste kompetansenivå hele døgnet
- d. Områdefunksjoner av høy kvalitet og et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen.
- e. At ressurser frigjøres til moderne pasientbehandling i tråd med medisinsk- og teknologisk utvikling.
- f. Sykehusstilbud for 80-90 % av befolkningen innenfor eget opptaksområde.
- g. God rekrutteringsevne.
- h. Robuste fagmiljø, herunder fagmiljø og vaktordninger som ikke er avhengige av kontinuerlig innleie.
- i. Mulighet til å ivareta lovpålagte oppgaver innen utdanning og forskning, inkludert samarbeid med universitet og høyskoler.
- j. At Sykehuset Innlandet i størst mulig grad kan tilby utdannelsesløpene i egen regi.
- k. At forskning og utdanning blir en del av den kliniske hverdag.

Effektmål 2 – God tilgjengelighet

Strukturen skal bidra til å realisere:

- a. Gode sammenhengende behandlingsskjeder for akutt og planlagt behandling.
- b. Forsvarlig reiseavstand ved akutt sykdom, definert etter medisinske kriterier.
- c. Prehospitale tjenester av høy faglig kvalitet og med riktig tilgjengelighet.
- d. God tilgjengelighet for alle brukergrupper.
- e. God logistikk internt i bygningsmassen.
- f. En ytre logistikk tilrettelagt for alle transportbehov, inkludert kollektivtransport.
- g. Oppdaterte digitale løsninger, herunder pasientnær mobil teknologi for at sikre fleksibilitet og hurtig utredning.
- h. Tilgang til moderne og fremtidsrettet medisinsk-teknisk og annet teknisk utstyr.
- i. Moderne og hensiktsmessige behandlingssaniteter (bygg) og en tilstrekkelig fleksibel bygningsmasse, herunder enerom for pasientene.
- j. Hensiktsmessig beliggenhet, egenskaper og utvidelsesmuligheter ved eksisterende og eventuelle nye tomter.
- k. Tilpasningsdyktig bygningsmasse ved katastrofesituasjoner.
- l. Mulighet for sykehusdrift i en byggeperiode.

Effektmål 3 – Organisering som underbygger gode pasientforløp

Strukturen skal bidra til å realisere:

- a. En sterk vektlegging av desentraliserte tjenester nær der pasienten bor, og gi muligheter for å videreutvikle denne i tråd med faglig og teknologisk utvikling.
- b. At pasienten kan ferdigbehandles på det stedet han/hun tas imot og at flytting av pasienter mellom enheter unngås.
- c. Nødvendig samhandling mellom fagområdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), habilitering, rehabilitering og somatikk.
- d. Godt samarbeid med primær- / kommunehelsetjenesten
- e. Tydelig organisering for henviser og pasient.

Effektmål 4 – God ressursutnyttelse

Strukturen skal bidra til å realisere:

- a. Optimal bruk av ressurser ved at personell kan brukes til aktiv pasientbehandling fremfor passiv vaktberedskap.
- b. Tilgjengelige personellressurser for desentraliserte tjenester.
- c. Mulighet for kostnadseffektiv organisering og rasjonell bruk av bygg, driftsmidler og lønnsmidler.
- d. Mulighet for høy utnyttelsesgrad av medisinsk-teknisk utstyr.
- e. Mulighet for anskaffelse av oppdatert medisinsk-teknisk utstyr og annen aktuell teknologi.
- f. Mulighet til å utnytte potensialet i fremtidige digitale løsninger, deriblant telemedisin.
- g. Gode løsninger med tanke på ytre miljø og energisparende tiltak.
- h. Ressurser til nødvendige investeringer, bygningsmessig utvikling og vedlikehold.

Det er gjennomført en samfunnsanalyse av mulig framtidig sykehusstruktur med temaer:

- Regional utvikling
- Persontransport
- Energibruk i bygg
- Rekrutteringsmuligheter

- By- og regionutvikling

I 2014 ble også temaene samfunnsikkerhet og folkehelse omtalt i en samfunnsanalyse. I henhold til samfunnsanalysen i 2017, ga analysene i 2014 ingen særlige funn, og temaene ble ansett til å være tilstrekkelig avklart. Det er i samfunnsanalysen (2017) lite fokus på forhold i Nord-Gudbrandsdal og andre regioner bl.a. Valdres, som har lang reisevei til akuttstusykehus.

Følgende alternative løsningsmodeller ble utredet i idefasen:

1. Fremtidig modell med nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua
2. Fremtidig modell med to store akuttstusykehus i Mjøsregionen
3. Fremtidig modell med tre store akuttstusykehus i Mjøsregionen
4. Fremtidig modell med fire akuttstusykehus i Mjøsregionen (nullalternativet, videreføring dagens modell)

Innenfor hver av de fire modellene ble totalt 17 ulike alternativer beskrevet i tillegg til nullalternativet. Det henvises til idefaserapporten kapittel 8.3 for en nærmere beskrivelse av disse alternativene.

I utredningsmodellene i samfunnsanalysen (2017) beskrives NGLMS, Valdres LMS og Hadeland LMS som sykehus uten akuttfunksjon, men med poliklinikk og dagbehandling. I modell 1 blir det i tillegg beskrevet at NGLMS, Valdres LMS og Hadeland LMS tillegges et volum tilsvarende 10 senger.

Generelt beskrives også en økende bruk av IKT og telemedisinsk kommunikasjon som kan lette kompetanseoverføring og bidra til å desentralisere tjenester.

Med bruk av tidligere nevnte vurderingskriterier konkluderes det i idefaserapporten med følgende:

1. Modeller med ett hovedsykehus ved Mjøsbrua har god oppfyllelse av effektmålene
2. Modeller med to store akuttstusykehus i Mjøsregionen har gjennomsnittlig oppfyllelse av effektmålene, modeller med Sanderud er vurdert å ha god oppfyllelse av effektmålene
3. Modeller med tre store akuttstusykehus i Mjøsregionen har dårlig oppfyllelse av effektmålene, modellen med Sanderud er vurdert å ha gjennomsnittlig oppfyllelse av effektmålene
4. Modeller med fire akuttstusykehus i Mjøsregionen har dårlig oppfyllelse av effektmålene

Anbefaling om fremtidig sykehusstruktur i idefaserapporten

«Med utgangspunkt i alle utredningene og vurderingene som er utført, anbefales hovedsykehusmodellen med ett stort akuttstusykehus ved Mjøsbrua som fremtidig modell for Sykehuset Innlandet. En hovedsykehusmodell med samling av sentralsykehuspsykiatrien* på hovedsykehuset, er den av de utredede modellene som legger best til rette for faglig kvalitet og utvikling av fremtidig virksomhet til pasientens beste. Denne modellen svarer best ut avhengighetene mellom fagene og fagmiljøenes krav og forventninger. I tillegg er dette modellen som gir best økonomisk bæreevne.

Dersom begrenset tilgang på investeringsmidler gjør hovedsykehusmodellen vanskelig å realisere, er vurderingen at det er bedre å realisere denne modellen trinnvis enn å iverksette en to-sykehusmodell med noe lavere investeringsbeløp.»

** I Nasjonal helse- og sykehusplan fremhever Regjeringen at de vil legge til rette for at psykiske og somatiske helsetjenester blir bedre samordnet i fremtidens helsetjeneste. Ved å legge til rette for en samlokalisering av psykisk helsevern, rus og somatikk vil pasienten es behov for sammensatte tjenester imøtekommes. I idefaserapporten*

fremkommer det at distriktpsikiatriske sentre skal utgjøre hovedtyngden i det psykiske helsevernet for voksne og skal ha befolkningsansvar i sitt opptaksområde.

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 (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 tjenester 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

HØRINGSUTTALE

Det presiseres at de videre vurderingene er ut ifra et regionalt perspektiv med et sterkt lokalmedisinsk senter som fundament.

«Hvilke spesialisthelsetjenester kan utvikles i felleskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?»

Valg av sykehusstruktur påvirker behov for utvikling av tjenester i distriktene. Videreutvikling av desentraliserte spesialistpoliklinikker vurderes til å være svært viktig – uavhengig av hvilken modell som velges mht fremtidig sykehusstruktur. Følgende tjenester kan med fordel utvikles i felleskap:

Distriktsmedisin, prehospital akuttmedisin - legevakt, samarbeid om «legebemannet akuttbil»

Desentralisert spesialisthelsetjeneste - polikliniske tilbud

Røntgen/CT/MR/mammografi

Geriatrici

Øre, nese, hals og tann/kjeve

Øye

Ortopedi/ ortogeriatrici

Psykisk helse/ Rus

Gynekologi

Rehabilitering og habilitering

Infeksjon

Hjerte/lunge poliklinikk

Dagmedisin (bl.a. cytostatika, MS behandling, blodtransfusjoner, væskebehandling, dialyse)

Følgetjeneste og beredskap for følgetjeneste gravide

Pasient- og pårørendeopplæring

Telemedisin– mellom spesialisthelsetjenesten, LMSer og de enkelte kommuner

Det forutsettes et tett samarbeid videre mht forskning, videreutdanning, gjensidig kunnskapsutveksling og andre kompetansehevende tiltak.

Det bør videre etableres spesialistsenger på NGLMS som kan ivareta pasienter som krever spesialistbehandling. Det er nevnt i tidligere rapporter at 10 senger kan lokaliseres til LMS. Dette tilsvarer en kapasitet på i overkant av 3600 liggedøgn pr. LMS. Dersom dette skal være realistisk, må LMSene ha tilstrekkelig kapasitet.

En egen plan for desentraliserte spesialisthelsetjenester lokalisert til de lokalmedisinske sentrene (LMSene) må ha en sentral plass og være en integrert del av planen for fremtidig sykehusstruktur. Sykehuset må være mer konkret og forpliktende til oppbygging av LMSene. Det må beskrives hvilke spesialisthelsetjenester og hvilket volum av disse som skal gis lokalt og hvordan sykehuset har tenkt å sikre at tilbudene er forutsigbare. Si må sikre kvalifisert personell – enten ved ambulering, innleie eller fast ansatte lokalt /avtalespesialister. Det er utarbeidet flere utredninger og dokumenter som omhandler utvikling av LMSene, disse må settes i handling.

«Pasientenes helsetjeneste» og pakkeforløpene krever økt samhandling dersom man skal lykkes med helhetlige pasientforløp på tvers av nivåene. Hva slags tjenester som skal tilbys i LMSene får konsekvenser for de enkelte kommunene i forhold til etablering og dimensjonering av lokale tjenester og tilbud. Kommunene erfarer at spesielt kreftpasienter ønsker og forventer spesialiserte behandlingstilbud i hjemkommunen. Flere ønsker også i terminal fase å få behandling i eget hjem/hjemkommunen. Det er derfor spesielt viktig å utvikle/styrke samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på dette området. Dette kan løses med gode og forutsigbare samarbeidsavtaler på utvalgte tjenesteområder mellom SI og de enkelte kommuner.

Det er ønskelig med utregninger som sier noe om hvilken kapasitet LMSene må ha, og hvilken effekt dette får for bygging av nytt sykehus (arealmessig). Et moment som det har vært lite fokus på og som bør løftes i det videre arbeidet, er dimensjoneringsprosesser i forhold til LMSene. Det bør utredes om dagens bygningsmasse lokalt er tilstrekkelig til å møte fremtidens behov for desentraliserte tjenester. Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ansvar i dette arbeidet må avklares. Samarbeid om forebyggende arbeid og tiltak som kan bidra til å redusere reinnleggelser i sykehus må inngå i planverket.

Telemedisin/konsultasjoner på nett er spesielt viktig for pasienter i kommunene med lang reisevei. Det kan gi avklaring lokalt og spare reise til LMS eller sykehus.

«Hvilke kommunale/interkommunale primærhelsetjenester for øvrig kan eventuelt lokaliseres i frigjorte arealer?»

Dette punktet vurderes til å være mer aktuelt for kommunene som ligger i nærrområde til eksisterende sykehuslokaler.

Det forutsettes at distriktpsikiatrisk senter (DPS), døgnet og poliklinikk i tillegg til barne og ungdomspsikiatrisk poliklinikk (BUP) blir videreført i lokaler på hhv Bredebygden og lokalmedisinsk senter som i dag.

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

Dette punktet vurderes til å være mer aktuelt for kommunene som ligger i nærrområde til eksisterende sykehuslokaler.

«Hvilken modell for en fremtidig sykehusstruktur gir det beste tilbudet til pasientene i Innlandet?» og «Hvilken hovedsykehusmodell vil gi det beste tilbudet til pasientene i Innlandet?»

Valg av alternativ er ikke likegyldig i forhold til Nord-Gudbrandsdal og Valdres - ikke minst i forhold til både avstand og muligheter for å frigjøre ressurser til desentralisering.

Hovedsykehusmodellen med ett stort akuttsykehus vurderes til å gi det beste tilbudet til pasientene i Innlandet med de utfordringer vi står overfor i fremtiden som endret alderssammensetning, sterkere brukerrettigheter, teknologisk utvikling som medfører stadig mer avansert behandling og rekruttering av kvalifisert personell. Ved å velge hovedsykehus ved Mjøsbrua vil flere av vurderingskriteriene realiseres,

og det vurderes til å gi best innfrielse av effektmålene beskrevet i saksutredningen. Ett hovedsykehus øker muligheten for avansert spesialisthelsetjeneste som i dag ikke er tilgjengelig i regionen.

Å samle beredskapsfunksjoner vurderes til å være viktig. Ett stort akuttstusykehus vil medføre tilgjengelig personal med høyt kompetansenivå hele døgnet. Det vil videre bidra til å gi robuste fagmiljøer.

Samlokalisering av spesialisthelsetjenester i ett sykehus vil medføre at flytting mellom sykehusene ikke lenger blir nødvendig. Dette har sannsynligvis positiv effekt både for pasient og miljø. I tillegg reduseres risikoen for unødvendig tidstap pga. at pasienten a) må innom flere sykehus for å få nødvendig behandling, eller b) leveres til feil sykehus slik at det går unødig lang tid før behandling kan iverksettes. Dette er ikke minst viktig for pasienter som i utgangspunktet har lang vei fra hjemkommune til sykehus.

Fordelene vurderes til å oppveie ulemper med lengre reisevei til sykehus for innbyggerne i Nord-Gudbrandsdal, men det er en forutsetning at det sikres at det etableres en faglig forsvarlig akuttberedskap. Samarbeidet mellom prehospitale tjenester og den regionale legevakttjenesten må videreutvikles. Dimensjonering må ta hensyn til at det i perioder og enkelte områder er langt flere potensielle pasienter i Nord-Gudbrandsdal enn hva innbyggertallet skulle tilsi. (Hytteturisme, turisme generelt, større arrangementer mm.) En fortsatt stasjonering av luftambulans på Dombås er en forutsetning for å akseptere en lengre reisevei til sykehus.

Utbygging og utbedring av E6 og andre tilførselsveier til et nytt sykehus vil redusere reise- og transporttiden fram mot den dagen det nye anlegget tas i bruk.

Utfordringer for utrykkingskjøretøy pga midtrabatt på E6 mellom Lillehammer og Biri må vurderes, og ev. korrigerende tiltak må iverksettes.

«Gjennom hvilken modell kan Innlandet best ivareta føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan for at psykisk helsevern, rus og somatikk skal integreres bedre i fremtidens helsetjenester?»

En hovedsykehusmodell med samling av sentralsykehuspsykiatrien på hovedsykehuset og en sterk videreutvikling av distriktpsykiatrien, og desentralisert polikliniske somatiske tjenester i samarbeid med kommunene, vurderes til best å kunne ivareta de nasjonale føringene.

Ett hovedsykehus der psykisk helsevern, rus og somatikk er integrert kan være et viktig ledd i normalisering og alminneliggjøring av psykisk sykdom.

«Hvilket alternativ av to- eller tre-sykehusmodellene ivaretar best befolkningens behov for spesialisthelsetjenester og ved hvilke sykehus bør områdefunksjonene samles?»

Valg av alternative to- eller tre-sykehusmodeller vurderes til å påvirke mulighetene til desentralisering negativt og ansees ikke som fullverdige alternativer.

«Hvilke samfunnsmessige hensyn bør Sykehuset Innlandet vektlegge sterkest i sin vurdering?»

Pr. i dag er det gjort få vurderinger mht samfunnsmessige hensyn for innbyggere i kommunene i Nord-Gudbrandsdal. Det bør gjennomføres en risiko- og sårbarhetsanalyse med forslag til kompenserende tiltak for innbyggerne i Nord-Gudbrandsdal, og andre regioner med lang reisevei ved valg av hovedsykehusmodell. Det er viktig at konsekvenser for pasienttransport (reisevei og kostnader) og plassering av ambulansestasjoner vurderes. Det må utarbeides en strategi for å sikre gode prehospitale tjenester.

Både NOU 2015:17 *Først og fremst* og Meld. St.11 - *Nasjonal helse og sykehusplan (2016-2019)* presiserer viktigheten av å styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. I NOU 2015:17 ble det fremmet forslag om et nasjonalt krav til reisetid til nærmeste legevakt, samt nasjonale kvalitetsmål til responstider for ambulanse for alle deler av den akuttmedisinske tjeneste.

Endringer i akutttilbudet i regionen forutsetter styrking av kapasiteten og kompetansen i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus, og økt samhandling i utnyttelse og utvikling av ressurser mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette må også ses i sammenheng med at kommunene har ansvar for- og behandler flere og mer komplekse pasienter enn tidligere. Det prehospitalt mulighets- og ansvarsrommet er utvidet, og en faglig kompetent legevakt og ambulansetjeneste får større betydning enn før. Dette vil være avgjørende ved komplekse og tidskritiske tilstander. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten bidrar til å bygge ut og sørge for et forsvarlig akuttmedisinsk og prehospitalt akuttmedisinsk tilbud i distriktskommunene.

Opplevelse av trygghet og det å få helsehjelp når behovet oppstår, er av stor betydning for innbyggernes opplevelse av trygghet. Flere nasjonale og lokale undersøkelser vedr. bokvalitet viser at trygghet og nærhet til viktige tjenester (lege/legevakt) scorer høyt. Avstand og reisevei til viktige funksjoner som helsetjenester/lege/legevakt kan ha betydning for bosetningsmønster og kommunens attraktivitet både som bo- og besøkskommune.

Alle de skisserte samfunnsmessige hensynene i samfunnsanalysen er viktige, men det bør være ekstra stort fokus på mulighet for miljøvennlig persontransport (tilgang til jernbane for pasienter, pårørende og ansatte) mht fremtidig valg av sykehusstruktur og ev. beliggenhet av et hovedsykehus. Det er også svært viktig å sikre videre drift og utvikling av tilbud som helseekspressen.

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Regionrådet vedtar høringsuttalelse slik det går frem av vurderingen.
2. Regionrådet anbefaler at det arbeides videre med en modell med nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua

Rådmannen si innstilling

1. Skjåk kommunestyre vedtek høringsuttale slik det går fram av vurderinga.
2. Skjåk kommunestyre anbefaler at det blir arbeidd vidare med ein modell med nytt hovudsjukehus ved Mjøsbrua.

Behandling i Formannskapet - 21.03.2017

Samrøystes (med 4 stemmer)

Framlegg frå Formannskapet - 21.03.2017

1. Skjåk kommunestyre vedtek høringsuttale slik det går fram av vurderinga.
2. Skjåk kommunestyre anbefaler at det blir arbeidd vidare med ein modell med nytt hovudsjukehus ved Mjøsbrua.

Samrøystes (med 4 stemmer)

Behandling i Skjåk kommunestyre - 30.03.2017

Endringsforslag i punkt 2 frå Stig Erlend Banken:

Skjåk kommunestyre anbefaler at det blir arbeidd vidare med ein modell med to store akuttsjukehus i Mjøsregionen.

Vedteke med 16 mot 5 stemmer

Vedtak i Skjåk kommunestyre - 30.03.2017

1. Skjåk kommunestyre vedtek høyringsuttale slik det går fram av vurderinga.
2. Skjåk kommunestyre anbefaler at det blir arbeidd vidare med ein modell med nytt hovudsjukehus ved Mjøsbrua.

Vedteke med 16 mot 5 stemmer