



Helse Sør-Øst RHF v/Cathrine M. Lofthus
Postboks 404

2303 HAMAR

Kommunedirektørens kontor

Vår dato: 21.01.2021
Vår referanse: 2020000834-17
Arkiv: 20/834
Deres dato:
Deres referanse:
Vår saksbehandler: Kristian Trengereid

10 spørsmål til den anbefalte sykehusstrukturen i Innlandet

Nå som avgjørelsen om den framtidige sykehusstrukturen i Innlandet nærmer seg, er det en engasjert debatt både i ulike sykehusaksjoner, i politiske fora og i media. Det svirrer en rekke påstander, som det er ønskelig enten blir verifisert, eller avkreftet. Elverum kommune satte stor lit til den samfunnsanalysen som ble lovet. Skuffelsen er derfor meget stor over at konsulentene i svært liten grad har klarlagt de samfunnsøkonomiske og arbeidsmiljømessige ulempene som det anbefalte forslaget har. Som et minimum hadde vi forventet at de samfunnsøkonomiske ulempene og ulempene for arbeidsmiljøet, som det anbefalte forslaget til ny sykehusstruktur innebærer, ble vektet i forhold til de fordelene man ønsker å oppnå. Elverum kommune mener at en slik vekting ikke er synliggjort i tilstrekkelig grad i de dokumentene som er tilgjengelige for oss.

Vi minner om at Utredningsforskriften fra 19. februar 2016 har følgende minimumskrav til alle utredningsområder som skal legges til grunn for statlige beslutninger:

1. *Hva er problemet og hva vil en oppnå?*
2. *Hvilke tiltak er relevante?*
3. *Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?*
4. *Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem vil bli berørt?*
5. *Hvilke tiltak anbefales og hvorfor?*
6. *Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?*

Vi mener at konsulentrapportene og styringsgruppas anbefaling, ikke gir tilfredsstillende svar på flere av disse grunnleggende spørsmålene. Aller mest oppsiktsvekkende er at konsulentrapportene ikke gir noen grundig analyse hverken av de samfunnsøkonomiske konsekvensene, eller av de miljømessige konsekvensene som endringer i dagens sykehusstruktur medfører.

Vi ber derfor ledelsen i Helse Sør-Øst RHF og i Sykehuset innlandet HF om å besvare noen spørsmål, som er grunnleggende for at kommunene skal kunne gi faktabaserte uttalelser til anbefalt sykehusstruktur. Vi håper at disse spørsmålene kan besvares før saken sendes ut på høring.

SYKEHUSENES OPPTAKSOMRÅDE

Slik anbefalingen fra styringsgruppa lyder, vil et nytt hovedsykehus i Brumunddal dekke akuttfunksjonen for hele 255 000 innbyggere fordelt på 24 kommuner, hvorav 13 av disse kommunene ligger på vestsiden av

Mjøsa. Spesialsykehusfunksjonene for nær 350 000 mennesker, fordelt på 44 kommuner, i et fylke større enn hele Danmark i areal og i reiseavstander, skal dekkes av dette hovedsykehuset.

I følge en oppdatert oversikt på Wikipedia, er det kun 6 av landets 39 offentlige sykehus, som har et pasientgrunnlag på mer enn 240 000. Fem av disse sykehusene er universitetssykehus. Er det sykehusledelsens ambisjon å etablere et nytt Universitetssykehus i Brumunddal?

Ved det nye Drammen sykehus, som ledelsen i Sykehuset Innlandet ofte referer til, planlegges akuttfunksjonen for et pasientgrunnlag på i overkant av 160 000. I Vestre Viken, med atskillig kortere avstander enn i Innlandet, skal man fortsatt ha akuttstsykehus både på Ringerike, i Kongsberg og i Bærum. Innbyggere med psykiske lidelser i Vestre Viken, skal fortsatt ha et sykehusstilbud på Blakstad sykehus.

Det anbefalte akuttstsykehuset på Lillehammer er anbefalt med et pasientunderlag på 90 - 100 000. Bare 17 av landets akuttstsykehus, har et pasientunderlag på 100 000 eller mer. I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 - 2019) heter det at «Regjeringen vil derfor, med bakgrunn i dagens sykehusstruktur, foreslå en veiledende grense for akuttkirurgi på 60 – 80 000 innbyggere.»

Forslaget om et så stort akuttstsykehus på Lillehammer, innebærer at akuttfunksjonen ved Gjøvik sykehus og ved sykehusdivisjonen Hamar-Elverum avvikles og at akuttfunksjonene sentraliseres. Vi mener at dette ikke harmonerer med den Nasjonale helse og sykehusplanen som Stortinget vedtok i 2016, der det heter:

Det skal være en desentralisert og differensiert sykehusstruktur i Norge. En rygggrad av akuttstsykehus er nødvendig for å sikre beredskap og øyeblikkelig hjelp.

I Sykehuset Innlandet HF sitt opptaksområde, har hele 39 av i alt 44 kommuner (ca 89%) et innbyggertall på færre enn 15 000 innbyggere. Flertallet av innbyggerne bor i mindre distriktskommuner med begrensede egne helse- og omsorgsressurser. Den opplevde tryggheten ved dagens sykehusstruktur er derfor viktig. Anbefalingen om nedleggelse av akuttstsykehusfunksjonene vekker bekymring hos mange og bidrar hverken til trygghet, eller til folkehelse blant befolkningen. Da den første Nasjonale helse og sykehusplanen ble introdusert i 2016, sa Helse og omsorgsministeren:

Norges geografi, klima og bosettingsmønster krever en desentralisert sykehusstruktur for å sikre nærhet til sykehusstilbud og trygghet for befolkningen i hele landet. Vi skal ikke legge ned de små akuttstsykehusene, men bevare og videreutvikle dem. Nå er sykehusstrukturen lagt. Det skaper forutsigbarhet for sykehusene, som nå kan videreutvikle seg i trygghet for at det er behov for dem i fremtiden.

Anbefalingene fra styringsgruppa innebærer at både pasienter og gravide, pårørende og ansatte får atskillig lenger reisevei fram til sykehus, enn i dag, -dersom anbefalingene vedtas.

Spørsmål 1:

- **Hvilke forhold, knyttet til dagens sykehusstruktur, mener Helse Sør-Øst RHF og ledelsen for Sykehuset Innlandet HF, berettiger en så sterk sentralisering av sykehusstrukturen nettopp i Innlandet, - stikk i strid med gjeldende nasjonale helse- og sykehusplaner og i motsetning til sykehusløsninger i andre fylker?**
- **Finnes det alternative relevante løsninger som kan gjennomføres innenfor dagens sykehusstruktur?**
- **Har HSØ RHF og SI HF lagt tilstrekkelig vekt på ulempene for befolkningen, for ansatte, for miljøet, for framtidig sykehusbudsjett og for de berørte kommunene, når de, etter en**

kritisk gjennomgang av konsulentrapportene, allikevel går inn for å rasere dagens sykehusstruktur til fordel for to så store akuttsykehus?

- *Hva med erfaringer fra den pågående pandemien, der vi ser driftsutfordringer når ansatte tester positivt på smitte og sykehusavdelinger må redusere virksomheten sin, eller stenge?*
- *Vi er kjent med at sykehusene i Innlandet allerede tidlig i 2020 la planer for at enkelte sykehus skulle «skjermes» mot inntak av smittede pasienter, slik at de kunne opprettholde tilnærmet normal drift og rask hjelp til pasienter med alvorlige sykdommer under den pågående pandemien.*

ERSTATNING AV FLERE LOKALE SYKEHUSENHETER MED ETT MJØSSYKEHUS I BRUMUNDDAL

Erstatning av sykehusdivisjonen Hamar-Elverum, nedleggelse av Sanderud og Reinsvoll sykehus, to store rehabiliteringsenheter, samt omgjøring av Gjøvik sykehus til et elektivt sykehus med ca. 30 sengeplasser, - med et Mjøssykehus i Brumunddal, vil ha betydelige samfunnsøkonomiske og miljømessige konsekvenser. For befolkningen og for kommuner, har nærhet til sjukehus stor betydning.

For Elverum kommune alene, vil anbefalingene undergrave kommuneøkonomien og alle utviklingsplaner for mange tiår framover. I samtlige utredningsrapporter, er det skrevet at de samfunnsøkonomiske konsekvensene av en avvikling av sykehusaktiviteten i Elverum, vil bli større enn for noen av de øvrige vertskommunene. Dette ble også slått fast i rapporten fra Asplan Viak AS allerede i 2017. I rapportene fra Cowi og Vista Analyse er det derimot lagt stor vekt på noe som omtales som en positiv urbaniseringseffekt for Hamar kommune, av å plassere et hovedsykehus i Brumunddal. Det er en gåte for oss, at konsulentene da ikke trekker den åpenbare konsekvensen av sine analyser, ved å foreslå at hovedsykehuset foreslås i Hamar kommune, slik at de ansatte som vil bosette seg i Hamar kan spasere til og fra jobb.

Konsulentene mener jo åpenbart at skadevirkningene for de øvrige vertskommunene for dagens sjukehus ikke bør tillegges noe særlig vekt. På oss virker det som om konsulentene har sett det som sin oppgave å nedvurdere Elverum som senteret i en betydelig arbeidsmarkeds- og helseregion. Det er påfallende at konsulentene bruker ulike vurderingskriterier når de beskriver de ulike alternativene for lokalisering.

I reviderte Retningslinjer for lokalisering av statlege arbeidsplassar og statleg tenesteproduksjon (kgf. Res. 08.11.19) blir det lagt vekt på å redusere samlede negative virkninger som bortfall av statlige arbeidsplasser kan ha for enkeltkommuner.

Spørsmål 2:

- *Hva er årsaken til at de samlede negative virkningene som bortfall av statlige arbeidsplasser vil ha for enkeltkommuner er så lite hensynstatt ved anbefalingen av ny sykehusstruktur i Innlandet?*
- *Endringer i etablert sykehusstruktur reiser en rekke viktige prinsipielle spørsmål utover de rent helsepolitiske. Elverum kommune mener at disse ikke er skikkelig utredet. Bør ikke vurderinger fra andre fagdepartementer enn «bare» Helse- og omsorgsdepartementet inngå i det samlede saksgrunnlaget for endelige vedtak i en sak med så store langsiktige samfunnsøkonomiske og miljømessige konsekvenser?*

SYKEHUSET INNLANDET HF ER I DAG ORGANISERT I DIVISJONER MED FUNKSJONSDDELING BÅDE INNENFOR DIVISJONENE OG MELLOM DIVISJONENE.

Elverum kommune er overrasket over at de innleide konsulentene tydeligvis har fått så mangelfull informasjon om dagens sykehusstruktur og hvorledes denne fungerer. Sykehusene i Elverum og på Hamar ble i 1994 lagt inn under en felles ledelse. Straks startet prosessen med å etablere en funksjonsdeling, der divisjon Hamar-Elverum skulle dele på funksjoner både innen kirurgi og innen indremedisin. Sykehusdivisjon Hamar-Elverum har i dag et felles opptaksområde på ca. 141 000 innbyggere. Under en dyktig ledelse, ansvarlige tillitsvalgte og lojale medarbeidere, gir denne sykehusdivisjonen innbyggerne øst for Mjøsa, sykehustjenester av høy kvalitet, samtidig som denne sykehusdivisjonen har vist seg omstillingsdyktig i tråd med overordnede oppdragsdokumenter og budsjettammer.

Befolkningen øst for Mjøsa er godt kjent med ulikt frammøtested for ulike undersøkelser, polikliniske utredninger og innleggelser. Uttalelser fra ansatte i prehospitale tjenester, med mange års praktisk erfaring fra ambulansekjøring, forteller at med dagens digitale kommunikasjon mellom ambulanse og sjukehus, vurderes pasientene allerede i ambulansen hvilket sjukehus som er hensiktsmessig for vurdering og innleggelse. Eventuelt kan stabilisering av pasienten foretas i nærmeste akuttmottak dersom pasienten f.eks. skal fraktes til et regionsykehus.

Dette vitner, etter vår mening, om at et felles opptaksområde for sykehusdivisjonen fungerer tilfredsstillende for pasientene. Til tross for dette, står det på side 150 i rapporten:

Ved plassering av et akuttsykehus i Elverum, vil det være nødvendig å øke opptaksområdet vesentlig. Det kan gjøres ved at hele eller deler av Stange og Hamar kommune overføres til sykehuset i Elverum. Kortere reisetid fra Hamar til Mjøsbrua enn til Elverum, kan imidlertid gjøre det mer krevende å legge til rette for at pasientstrømmene faktisk går fra Stange og Hamar til Elverum.

I Elverum går vi inn for at sykehusdivisjonen Hamar Elverum bør bestå, rustes opp og videreutvikles. Antakelsen om at befolkningen i Stange og i Hamar vil foretrekke å reise til Mjøspsykehuset framfor til sykehusdivisjonen Hamar-Elverum, oppfatter vi er uten rot i dagens erfaringer. God organisering, dyktige ansatte og et fagmiljø som har godt renommé, bidrar til at befolkningen i hele opptaksområdet, har stor tillit til denne sykehusdivisjonen. Det er skuffende at ikke sykehus-divisjonen Hamar-Elverum er vurdert videre som ett felles sykehustilbud for 141 000 innbyggere i Innlandet.

Det virker som om hverken konsulentene, eller styringsgruppa, har fått med seg at den nye riksvei 25 mellom Elverum og Hamar, har samme fartsgrense, 110 km/t som E-6 og at kjøreavstanden mellom Hamar og Elverum er ganske lik kjøreavstanden fra Hamar til Mjøsbrua.

Spørsmål 3:

- ***Har ikke sykehusledelsen orientert konsulentene om at sykehusdivisjon Hamar-Elverum har et felles opptaksområde på 141 000 for befolkningen både på Hedemarken og i Sør-Østerdal regionene?***

REKRUTTERING

I Samfunnsanalysen vises det til at rekruttering av helsepersonell, spesielt personell med spesialistkompetanse, vil bli en viktig utfordring for hele landet i tiden framover. Det hevdes at et akuttsykehus i Elverum vil ha betydelig lavere rekrutteringsevne, enn de øvrige lokaliseringalternativene. Etter vår mening gis det ingen god begrunnelse for denne påstanden.

Dyktige og erfarne sykehusleger med arbeidsted Elverum og enkelte med bosted i Hamarområdet, står nå fram i lokalavisene og sier at de er uforstående til denne påstanden. De sier at der det er bygget opp et godt fagmiljø, dit søker også de dyktigste spesialistene. I likhet med mange sykehusansatte som arbeider i Hamar og i Stange og som bor i Elverum, fnyser de av at det er for lang pendleravstand mellom byene Hamar og Elverum. De understreker også at samarbeidet internt i sykehusdivisjon Hamar-Elverum fungerer utmerket. I styringsgruppas rapport, side 134, står det da også:

Det er flest helsearbeidere i Hamar/Ringsaker/Stange/Elverum (de to byregionene med mest samhandling) i dag, sammenlignet med Lillehammer og Gjøvik/Toten, og det er også flere fra Hamar/Elverum/Ringsaker/Stange som fortsatt vil være yrkesaktive etter 2040.

En av landets eldste og største sykepleierutdanninger er lokalisert i Elverum. Her tas det opp i alt ca. 300 bachelor-studenter hvert år. Dette innebærer at sykepleierutdanningen til enhver tid har flere enn 1 000 aktive studenter, hvorav ca. 800 knyttet til studiestedet i Elverum. I tillegg tilbys det videreutdanning i både intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie i nært samarbeid med sykehusene. Høgskolens campus i Elverum og på Rena, tilbyr dessuten en rekke andre helserelaterte og beredskapsrelaterte utdanninger og kurs av ulik varighet.

Dette bidrar til at det er lett å rekruttere sykepleiere både til sengeposter og til spesialavdelingene i sykehusdivisjonen Hamar-Elverum. Vi reagerer på at det ikke er innhentet en uttalelse om de faktiske forhold fra ansvarlig ledelse ved Høgskolen i Innlandet, om betydningen av samhandlingen mellom Sykehuset Innlandet divisjon Hamar-Elverum og høgskolen. Vi oppfatter at både kontakt med utdannings- og forskningsinstitusjonene og det lokale næringslivet inngikk i den kravspesifikasjonen som var utarbeidet for konsulentene. Vi finner lite som tyder på at dette er gjennomført.

Spørsmål 4:

- **Hva bygges påstanden på om at Elverum har lavere rekrutteringsevne, enn andre aktuelle lokaliseringer for et akutt sykehus?**
- **Skyldes dette at det er tidvis ulik nasjonal tilgang på helsepersonell med den kompetansen som etterspørres?**
- **Skulle ikke konsulentene innhente uttalelser fra utdannings- og forskningsinstitusjonene samt fra lokalt næringsliv, bl.a. om rekrutterings- og arbeidsmulighetene for partnere til de som vurderer å søke stilling ved sykehusene?**

«PASIENTER BLIR FRAKTET SOM PAKKEPOST MELLOM SYKEHUS I INNLANDET»

Argumenter vi hører brukt for sentralisering av sykehusfunksjoner i Innlandet, er bla. at pasienter i stort omfang blir sendt fra sykehus til sykehus for å få en helhetlig behandling. At pasienter utredes og følges opp poliklinisk før og etter sykehusbehandling, har vi oppfattet som ønskelig og at dette forhåpentligvis også vil fortsette, selv om Innlandet får en ny sykehusstruktur. At behandling av f.eks. pasienter med ulike kreftformer, eller med alvorlige nevrologiske lidelser, innebærer flere kortere sykehusinnleggelser med planlagte opphold mellom, har vi forstått er et ønskelig pasientforløp.

Vi er selvsagt kjent med at sykehusbehandling i Norge, innebærer at en mindre andel pasienter, får deler av behandlingen sin på forskjellige sykehus. Dette gjelder bla. behandlinger som kun skal foregå ved regionsykehus, eller ved andre spesialsykehus/rehabiliteringssentra.

Dersom det er riktig at mange innlagte pasienter, som bør tilbys et helhetlig pasientforløp i Innlandet, må fraktes unødig fra sykehus til sykehus, fordi hvert av sykehusene mangler nødvendig kompetanse, forstår vi at dette er uheldig. Vi har imidlertid vansker med å forstå at det bør være slik, selv med dagens sykehusstruktur.

Spørsmål 5:

- *Er det virkelig slik at innlagte pasienter i stort omfang fraktes fra sykehus til sykehus på grunn av at hvert av sykehusene mangler nødvendig kompetanse?*
- *Hvor stort er i tilfelle omfanget av en slik uheldig og uønsket overføring sykehusene i mellom?*
- *Dersom dette virkelig skjer i et betydelig omfang, finnes det i dag ikke andre løsninger på dette innenfor eksisterende sykehusstruktur?*

«DAGENS SYKEHUSSTRUKTUR ER FOR RESSURSKREVENDE, BLA. PÅ GRUNN AV BEHOV FOR PARALLELLE

BEREDSKAPSTEAM»

Det hevdes at mye av driftsressursene går med til å opprettholde parallelle beredskapsteam i tider med lav aktivitet. I dagens sykehusstruktur er det vanlig at erfarne overleger går i bakvakt for yngre kollegaer i vakt. Bakvaktsystemet kan i stor grad dekkes gjennom såkalt tilkallingsvakt, eller hjemmevakt. Når alle får økt reiseavstand mellom hjemmet og arbeidssted, er det mindre sannsynlig at hjemmevaktordningene kan opprettholdes. Det pekes dessuten på at stipulert reduksjon i årlige driftsutgifter kan tas ut ved bemanningsreduksjon, dvs. færre å fordele vaktbelastning på.

I et stort sjukehus får vi opplyst at det ofte er behov for flere parallelle tilstedevakter innenfor hvert fagområde.

Spørsmål 6:

- *Er det slik at den samlede beredskapen for ulike fagområder blir vesentlig redusert ved å samle de ulike spesialistene under samme tak i et hovedsykehus i Brumunddal?*
- *Er det slik at spesialister innen et fagområde kan dekke beredskap for flere fagområder, dersom de blir samlokalisert? Kan f.eks. kardiologer dekke beredskapsvakter for nevrologer, eller gynekologer dekke beredskap for gastrokirurger?*
- *Henger ikke beredskapsvaktene like mye sammen med en utstrakt subspesialisering og organisering av sykehusdriften, som at spesialistene arbeider under ulike tak?*
- *Vil en samling av flere sykehusfunksjoner i ett bygg, nødvendigvis føre til lavere vaktbelastning for den enkelte lege og for andre ansatte? Hva er i tilfelle forklaringen på dette?*
- *Vil mye av gevinsten ved samlokalisering «spises opp», ved at de aktuelle vaktteamene «på huset» må økes og at flere må ha tilstedevakt?*

«NY SYKEHUSSTRUKTUR VIL GI BEDRE ARBEIDSFORHOLD FOR DE ANSATTE»

Ansatte peker på at arbeidstider og vaktbelastningen i sykehus er lite familievennlig og at spesielt leger ønsker mer «normale» arbeidstider. I følge styringsgruppas rapport, er det lite sannsynlig at mange sykehusansatte vil bosette seg nær et hovedsykehus i Brumunddal. Det slås fast i konsulent-rapportene at avvikling av akutfunksjonene både på Gjøvik sykehus og i divisjon Hamar-Elverum, vil føre til en betydelig øking i antall ansattreiser og ekstra kostnader for de ansatte.

Videre går det fram at den ambulerende virksomheten for spesialistene vil øke, for å betjene de elektive sykehusene, skadepoliklinikkene, DPS ene, de ulike LMS ene og en ny base for Luftambulansen. Dette medfører at avvikling av akuttfunksjonene både på Gjøvik sjukehus, avvikling av divisjon Hamar-Elverum, rehabiliteringsenhetene samt de to store psykiatriske sykehusene, vil føre til en betydelig økning i antall ansattreiser og ekstra kostnader for de ansatte.

I rapporten sies det også at man planlegger en betydelig øking i omfanget av ambulerende virksomhet, både i forbindelse med spesialisttjenester ved det elektive sykehuset, ved opprettelse av flere LMS, store desentrale skadepoliklinikker og i forbindelse med videreutviklingen DPS.

Spørsmål 7:

- ***Mener sykehusledelsen at økt reiseavstand, pålegg om ambulerende virksomhet og økt tilstedevakt ved anbefalt sykehusstruktur, er mer familievennlig for ansatte, enn dagens desentraliserte sykehusstruktur?***
- ***Er videreutdanning, fagutvikling, forskning og karriereutvikling avhengig av at sykehusansatte arbeider under samme tak, eller løses mye i dag gjennom kompetanseklyster og digitale nettverk?***

«SENTRALISERING AV SYKEHUSFUNKSJONER ER NØDVENDIG FOR Å TILFREDSSTILLE KRAV OM KOMPETANSEUTVIKLING OG PASIENTSIKKERHET»

Kvalitet i pasientbehandlingen er selvsagt et viktig tema som opptar både sykehusledelse, ansatte og ikke minst pasienter, pårørende og kommuner. Elverum kommune er kjent med at det kreves et visst pasientunderlag for at de ulike spesialistene skal kunne opparbeide tilstrekkelige ferdigheter og øvelse. Som vist under «sykehusenes opptaksområder», anbefales det at Innlandet skal ende opp med to av landets største akutt sykehus. I Vestre Viken ser vi at ledelsen i helseforetaket mener at de kan oppnå tilstrekkelige pasientunderlag også i en langt mer desentralisert og differensiert sykehusstruktur, enn den som planlegges for Innlandet.

Ved et enkelt søk på hjemmesiden til Sykehuset Innlandet HF, får man inntrykk av at det foregår mye god fagutvikling, forskning og karriereutvikling i dagens sykehusstruktur. Slik vi forstår det er det et betydelig antall doktorgradsarbeider til enhver tid. Her vises det også til samarbeidsavtaler med utdanningsinstitusjonene og kompetanseklyster, både innenfor og utenfor fylket.

Administrerende direktør i Sykehuset Innlandet viser i et ferskt styredokument til Status for kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre 2019/2020. Her viser direktøren til det omfattende forbedringsarbeidet som pågår i dagens sykehusstruktur og i samarbeid med de kommunale tjenestene. Hun viser til betydelige forbedringer innen flere ulike «pakkeforløp» og pasientforløp, men understreker at det er viktig at kvalitetsforbedringsarbeidet fortsetter.

Skal kvalitetsarbeidet fungere til beste for den enkelte pasient, er samspillet og samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene helt avgjørende. Dersom pasienten får optimal behandling under et kort sykehusopphold, men rutinene før og etter oppholdet svikter, vil ikke pasienten oppleve full effekt av det kvalitetsarbeidet som foregår i sykehuset. Det er en kjensgjerning at samarbeidet og oppfølgingen om behandlingen av den enkelte pasient, fungerer best der samarbeidet baseres på enkle og omforente rutiner, der partnerne har gjensidig tillit til hverandre, - og ikke minst er

kjent med hverandres forventninger og har gode kommunikasjonsrutiner. Vår erfaring er at dette er lettest å oppnå, der samarbeidsenhetene ikke er altfor store og der partnerne blir kjent med hverandre

Spørsmål 8:

- **Mener sykehusledelsen at de to store akutt sykehusene som anbefales må ha pasientunderlag på henholdsvis 250 000 og 90 000 for å oppnå tilstrekkelig pasientsikkerhet for innbyggerne i Innlandet?**
- **Hva så med sykehusstrukturen i andre fylker innenfor HSØ RHF sitt ansvarsområde? Går ledelsen i HSØ RHF da inn for å utvikle lokale akutt sykehus, til tross for Helse- og omsorgsministerens klare forsikring om at «Sykehuskartet er tegnet, med store og mindre sykehus spredd over hele landet» (Regjeringens pressemelding nr 22. 2017)**
- **Er videreutdanning, fagutvikling, forskning og karriereutvikling avhengig av at sykehusansatte arbeider under samme tak, eller løses mye i dag gjennom kompetanseklyster og digitale nettverk?**

MILJØHENSYN, BÆREKRAFT OG FINANSKOSTNADER

Miljøhensyn, bærekraft, smittevern og driftsøkonomi har fått stadig sterkere fokus i løpet av den siste tiden. I styrevedtaket i Helse Sør-Øst RHF, den 31. januar 2020 heter det i punkt 2:

Styret understreker at den fremtidige sykehusstrukturen i Innlandet må ivareta en balanse mellom østlige og vestlige deler av sykehusområdet. Videre skal gjenbruk av eksisterende investeringer og økonomisk bærekraft vektlegges. Muligheter for trinnvis utvikling skal belyses.

Flere rapporter fra bla. Sintef, viser at «De mest bærekraftige byggene finnes allerede». EU innførte i 2018 en ny politikk der medlemslandene ble pålagt å utarbeide planer for renovering av eksisterende bygg til bærekraftig standard. En ny rapport fra Sintef konkluderer med at det både er mest miljøvennlig og i det lange løp økonomisk lønnsomt å renovere og oppgradere eksisterende bygg, framfor å bygge nytt. Anbefalingene i styringsgruppas rapport, tyder på at det både i Elverum, på Gjøvik, i Stange og i Østre Toten vil være høyst brukbare bygningsarealer som det ikke er planer for videre bruk av. Sannsynligheten for at disse arealene kan selges eller leies ut til annet bruk, er så langt vi forstår, ikke vurdert.

Samtidig anbefales det å bygge et nytt stort hovedsykehus (på dyrkbar mark?) i Brumundal og et påbygg på Lillehammer sykehus. Låneopptaket for disse byggeprosjektene skal nedbetales over driftsbudsjettet i 30 år. I styringsgruppas rapport av 08.12.2020, går det fram at dagens sykehusbygg lider av manglende vedlikehold, grunnet stram økonomi.

Spørsmål 9:

- **Er det sannsynlig at det årlige sykehusbudsjettet, både vil gi rom for å dekke finansieringsutgiftene ved et så betydelig låneopptak og samtidig dekke de kostnadene som etterslepet av vedlikehold av de sykehusbyggene som skal brukes videre?**
- **Hvilke planer har HSØ RHF for de betydelige bygningsarealene og tomtearealene som blir frigjort, dersom styringsgruppas anbefaling blir vedtatt?**

- ***Vil det ikke være mer i tråd med både bærekrafts målene, nasjonale miljøhensyn og framtidig sykehusøkonomi å satse videre på dagens desentraliserte sykehusstruktur?***

ETABLERING AV HELSEFELLESKAP OG TILLITSBYGGENDE PARTNERSKAP

Stortingsvedtaket om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023, slår fast at helseforetakene og kommunene skal inngå partnerskapsavtaler om Helsefelleskap fra og med 2021. Etablering av Helsefelleskapet bygger på gjensidig åpenhet, tillit, likeverdighet og respekt. Etter at konsulentrapportene og styringsgruppas forslag ble offentliggjort like før jul, har mange kommuner gitt uttrykk for at det er mangler både i åpenhet, tillit, likeverdighet og respekt i denne avsluttende del av prosessen.

Uten noen forhåndsdrøftinger med berørte kommuner, anbefaler styringsgruppa at sykehusaktiviteten i Elverum skal erstattes med et «stort lokalmedisinsk senter lokalisert til Elverum sykehus.» Videre heter det at «Det lokalmedisinske sentra i Innlandet, bygger de på interkommunale samarabeid, der to IKS har inngått samarbeidsavtale med helseforetaket. Slik vi forstår det, er det kommunene gjennom sine samarbeidsavtaler som drifter LMS ene, ansetter og lønner flertallet av de ansatte. Vi viser her til den presentasjonen av doktoravhandlingen til førsteamanuensis Siv Magnussen ved NTNU/Gjøvik som er gjengitt i Helsebiblioteket. Hun understreker at «Behovet må være til stede. Regionen må ha behov for et lokalmedisinsk senter. Ideen kan vanskelig forankres hvis kommunene ikke ser at et slikt senter løser noe.» Elverum kommune minner om at vi nylig har bygget et stort Helsehus, vegg i vegg med sykehusbygningen i Elverum. Her har vi de aller fleste av de funksjonene som beskrives i oversiktene for innhold i et LMS, inklusive en stor interkommunal legevakt.

Elverum kommune er derfor svært skuffet over at et slikt forslag, som i høyeste grad angår Elverum kommune og det samarbeidet vi har med de øvrige kommunene i Sør-Østerdal, ikke er drøftet med oss før en slik anbefaling lanseres. Dette oppleves ikke som noe forsøk på å etablere likeverdighet i et partnerskap.

Elverum kommune venter fortsatt på svar på vår skriftlige henvendelse til HSØ RHF og til SI HF, datert den 13.01.2021, om hvorledes et stort lokalmedisinsk senter er tenkt organisert og driftet.

Spørsmål 10:

- ***Hvorledes er «et stort LMS» med dagbehandling og poliklinikk innen de vanlige fagområdene, samt røntgentilbud, dialysebehandling og eventuelt skadepoliklinikk, tenkt organisert og driftet?»***
- ***Ser sykehusledelsen for seg at dette skal være en ren sykehusbasert virksomhet?***
- ***Hvor mange fast ansatte statlige arbeidsplasser er tenkt knyttet til dette LMS et?***
- ***Hvilke forutsetninger ser HSØ RHF og SI HF for seg, må være til stede, for at denne delen av anbefalingen skal lykkes? Når tenker styringsgruppa det er tid for å drøfte et slikt forslag med Elverum kommune?***

Med hilsen

Kristian Trengereid
kommunedirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendes derfor uten underskrift

Mottakere:

Helse Sør-Øst Rhf v/Cathrine M. Postboks 404
Lofthus

2303 HAMAR

Sykehuset Innlandet Hf v/Alice Beate Postboks 104
Andersgaard

2381 BRUMUNDDAL