

# Strategisk fokus 2025

## **Hedmark legeforening har vurdert de foreslåtte alternativer for fremtidig sykehusdrift i Innlandet.**

Hedmark legeforening anbefaler modell 3.

### **Hedmark legeforening har vurdert de foreslåtte alternativer for fremtidig sykehusdrift i Innlandet.**

1. Videreutvikling av dagens nettverksmodell
2. To akuttisykehus i Mjøsregionen med desentraliserte lokalsykehus/LMS tilbud
3. Ett akutt sykehus i Mjøsregionen.

Hedmark legeforening har tidligere gitt høringsuttalelse på Strategisk fokus 2011-2014 og vår konklusjon fra den gang var at dagens desentraliserte sykehusstruktur (modell 1) ikke vil gi pasienten i Innlandet et godt og adekvat medisinsk tilbud i framtiden. Modell 1 er ikke framtidsrettet, denne vil på sikt kun gi pasienten et lokal medisinsk tilbud. Det vil være umulig å opprettholde gode og bærekraftige fagmiljøer. Det vil sannsynligvis være vanskelig å rekruttere nok fagfolk. Modellen vil være kostbar med flere parallelle vaktlag og flere parallelle utstyrsparkeer. Vil ikke kunne klare en selvdekningsgrad på > 80 %. Videre vil man med modell 1 sannsynligvis sementere et vedvarende høyt konfliktnivå mellom sykehusene i Innlandet. Hedmark legeforening står fast ved dette standpunkt og vi vil bare presisere at dette er en modell hvor man ikke vil kunne imøtekomme de store utfordringene man får innenfor helsevesenet de kommende år.

Modell 2 er langt bedre enn modell 1. Modellen forutsetter imidlertid en fortsatt deling av flere fagområder i Innlandet. Innen flere fagområder, blant annet i karkirurgi, mamma / endokrin kirurg, og i nærmet all cancer kirurgi, er det sentrale føringer som krever et opptaksområde på nærmere 400 000.

Det vil videre være vanskelig å opprette intervensjons radiologi på 2 steder i Innlandet og mulighetene for PCI behandling på 2 steder vil være umulig. Den multimodale tilnærmingen til pasienten vil også være vanskeligere Det kan være vanskelig å ha både onkolog, kirurg, patolog, radiolog og infeksjons medisiner på 2 sykehus i Innlandet. Modellen forutsetter at de 2 hovedsykehusene i Innlandet får forskjellige profiler og forskjellige regionsoppgaver, og dette kan være med på å sementere konfliktnivået mellom de 2 sykehusene. Det er fare for at man får

diskusjon og kamp om dyrt medisinsk teknisk utstyr, eksempelvis hvilket sykehus som skal ha en robot til bruk innen kirurgi. Det vil være vanskelig å etablere et traumesenter i Innlandet (i henhold til traumemeldingen). Robustheten i fagmiljøene vil ikke bli like god på 2 sykehus som i ett hovedsykehus.

Fordelen med modellen kan være at det blir kortere vei til sykehus for en del pasienter. Det gir kortere arbeidsvei for mange ansatte og man vil da legge sykehusene til 2 byer. Det er ikke klare anbefalinger om hva som er den optimale størrelsen på et sykehus, og innen enkelte fagområder (indremedisin) vil et sykehus med nedslagsfelt på ca 200 000 muligens være tilstrekkelig. Mange hevder også at effektiviteten vil være bedre i mindre sykehus enheter. Rekrutteringen til modell 2 vil være bedre enn modell 1 da de faglige utfordringene vil være rimelig gode og sykehusene vil ligge ved 2 mellomstore byer.

Modell 3 er den eneste modellen som vil ha muligheten til å øke selvdekningsgraden til det ønskelige nivå på 85 %. I denne modellen har man gode muligheter til å etablere gode og robuste fagmiljøer. Modellen vil virke rekrutterende og vil gi muligheter for forskning. Man vil ha gode muligheter for den multimodale tilnærmingen til pasientene og en samling av alle fagmiljøer under ett tak vil gi pasienter med sammensatte lidelser et totalt behandlingstilbud. Man vil innfri de sentrale kravene som stilles innenfor cancer behandling, krav til kvinneklinikk etc. Man vil også ha muligheten til å etablere et traumesenter med helikopter base. Videre vil det være langt lettere å etablere mer avanserte behandlinger som PCI behandling og intervensjons behandling blant annet innen slagbehandling

Et tungt og robust fagmiljø vil også være den største garantisten for gode fagmiljøer på DMS og på de andre lokale sykehusene i Innlandet.

Et hovedsykehus vil sannsynligvis gi mindre driftsutgifter og mindre utgifter til medisinsk teknisk utstyr og sist men ikke minst vil et hovedsykehus få slutt på den vedvarende rivaliseringen som man ser mellom Mjøssykehusene.

Vi tar også på alvor Brukerorganisasjonenes ønske om ett hovedsykehus. Pasienter ønsker best mulig behandling og er av den oppfatning at dette best ivaretas når alle funksjoner er samlet. Det er imidlertid også viktig å ivareta kronikernes behov og gi gode tilbud nær pasientenes bosted når dette er mulig.

Hedmark legeforening anbefaler modell 3.

Styret i Hedmark legeforening

Sissel Bergaust

(sign)

leder