

- ▶ Oppsummering av høringsuttalelser
Fremtidig sykehusstruktur – idéfase



Hovedtrekk fra høringsuttalelsene

Hovedformålet med høringsprosessen var å få høringsinstansenes synspunkter på Sykehuset Innlandets framtidige struktur og faglige tilbud. Høringsinstansene har gjennom høringsbrevet spesielt blitt bedt 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.*
 - a. *Hvilke spesialisthelsetjenester kan utvikles i felleskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?*
 - b. *Hvilke kommunale/interkommunale primærhelsetjenester for øvrig kan eventuelt lokaliseres i frigjorte arealer?*
 - c. *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.*
 - a. *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.*
 - a. *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.*
 - a. *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.*
 - a. *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.*
 - a. *Hvilke samfunnsmessige hensyn bør Sykehuset Innlandet vektlegge sterkest i sin vurdering?*

Omtrent halvparten av høringsinstansene har besvart alle høringssspørsmålene. Noen høringsinstanser har besvart enkelte høringssspørsmål som de har vært særskilt opptatt av, mens andre høringsinstanser har kommet inn på høringssspørsmålene mer implisitt i sine hørings svar.

Innspill til spørsmål 1

Mange kommuner og offentlige myndigheter har fokus på dette spørsmålet. Svarene er nokså like og det blir pekt på at psykiatri, rus, rehabilitering, geriatri og onkologi (cellegiftbehandling, palliasjon

m.m.) er oppgaver som kan være egnet til å utvikle i fellesskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Behandling av kroniske lidelser som kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), nyresvikt/dialyse og revmatiske lidelser blir også nevnt som områder som kan utvikles i samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Videre blir det pekt på at oppfølging og opplæring av pasienter og pårørende kan og bør videreutvikles i samarbeid.

Betydningen av å satse på desentraliserte spesialisthelsetjenester og herunder lokalmedisinske senter blir understreket av svært mange høringsinstanser. Mange høringsinstanser mener Sykehuset Innlandet må være mer konkret og forpliktende når det gjelder videre utvikling av lokalmedisinske senter/desentraliserte spesialisthelsetjenester. Herunder blir det forventet at foretaket etablerer desentraliserte spesialistsenger som kan ta seg av pasienter som krever spesialisert behandling.

Når det gjelder oppgaver som kan etableres i frigjorte sykehuslokaler har høringsinstansene pekt på ulike kommunale og interkommunale oppgaver, som for eksempel helsestasjon, svangerskaps- og barselomsorgstjenester, legevakt, habilitering/rehabilitering, kommunale akutte døgn plasser (KAD plasser), eldresenter, forsterkede sykehjem, pasienthotell og tannhelsetjeneste. Det blir også pekt på at frigjorte sykehuslokaler kan benyttes til forskning og utdanning samt studentdrevne avdelinger. NAV-kontor blir også sett på som aktuelt å etablere i frigjorte sykehuslokaler.

Innspill til spørsmål 2

Flere høringsinstanser er opptatt av å samle de mest spesialiserte funksjonene, slik at pasientene får et helhetlig tilbud samme sted. Dette gjelder både de spesialiserte funksjonene innen somatikk, og samlokalisering av tilbudene innen somatikk, psykisk helsevern og rus. Flere brukerorganisasjoner fremhever behovet for en bedre samordnet tjeneste og «en dør inn».

Et stort flertall av høringsinstansene går for eller er åpne for en modell med hovedsykehus ved Mjøsbrua hvor behandlingstilbud innen somatikk, psykisk helsevern og rus samlokaliseres. Av hovedsykehusmodellene får modell 1A størst tilslutning. Et stort antall av høringsinstansene har knyttet forutsetninger og premisser til uttalelsene, som for eksempel lokalisering og aktivitetsfordeling. Et mindre antall uttalelser går for ulike modeller med henholdsvis to og tre store akuttsykehus i Innlandet. Et fåtall av høringsinstansene stiller seg nøytrale ved valg av modell for fremtidig sykehusstruktur.

Noen instanser tar til orde for andre lokaliseringer av et hovedsykehus enn ved Mjøsbrua, mens andre reflekterer rundt de politiske utfordringene ved en slik modell. Mange er opptatt av at sykehuset må desentralisere tjenester i større grad enn i dag, for å behandle pasienten nærmest mulig der han bor. Andre er opptatt av at en ikke legger igjen for mye aktivitet i dagens sykehus, da dette vil fordyre driften.

Innspill til spørsmål 3

De fleste av høringsinstansene som svarer på dette spørsmålet mener at en hovedsykehusmodell vil legge best til rette for større grad av samlokalisering av behandlingstilbud innen somatikk, psykisk helsevern og rus. Mange høringsinstanser støtter en slik samlokalisering. Enkelte høringsinstanser mener at behandlingstilbudet bør opprettholdes ved Reinsvoll og Sanderud. Behovet for en helhetlig behandling fremheves av flere høringsinstanser, og muligheten for å etablere et rusakuttmottak i Innlandet trekkes også frem.

Innspill til spørsmål 4

Et flertall av høringsinstansene som går inn for hovedsykehusmodellen uttrykker konkret ønske om modell 1A eller en justert modell 1A med poliklinikk og dagbehandling i dagens sykehus. En del av instansene gir ikke eksplisitt uttrykk for noe konkret modellalternativ. Noen høringsinstanser gir uttrykk for at de ønsker en hovedsykehusmodell hvor behandlingstilbud innen somatikk, psykisk helsevern og rus er samlokalisert.

Et stort antall av høringsinstansene har knyttet forutsetninger og premisser til uttalelsene, som for eksempel lokalisering og aktivitetsfordeling. Her vises til svaret over knyttet til spørsmål 2.

Innspill til spørsmål 5

De fleste som støtter en modell med to store akuttsykehus ønsker sykehusene lokalisert til Lillehammer og Elverum. Noen høringsinstanser støtter en modell med to store akuttsykehus subsidiært, dersom det ikke skulle være mulig å realisere en hovedsykehusmodell.

De fleste som støtter en modell med tre store akuttsykehus mener at sykehusene må lokaliseres til Gjøvik, Lillehammer og Elverum. Disse høringsinstansene mener Reinsvoll og Sanderud må opprettholdes.

Høringsinstansene kommenterer i liten grad hvor områdesykehusene bør samles i en modell med to og tre store akuttsykehus.

Innspill til spørsmål 6

Høringsinstansene tillegger ulike samfunnsmessige hensyn ulik vekt. Mange tar opp områder som trafikk, forurensning, klimagassutslipp og andre miljømessige hensyn. Flere høringsinstanser mener det må legges større vekt på byutvikling og samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging når fremtidig sykehusstruktur skal velges. Det blir pekt på at økt reisevei og persontransport må møtes med avbøtende tiltak, som å påvirke reisemiddelvalg og tilrettelegging av kollektivtransport. Noen høringsinstanser mener det må gjennomføres en risiko- og sårbarhetsanalyse med forslag til kompenserende tiltak for innbyggere i regioner med lang reisevei.

Enkelte høringsinstanser mener at Sykehuset Innlandet må koble seg på prosessen som Hedmark og Oppland fylkeskommuner skal iverksette vedrørende samordnet areal- og transportstrategi for Mjøsregionen.

Høringsinstansene har i ulik grad vektlagt statlige og regionale føringer for samfunnsmessig utvikling. Flere høringsinstanser viser til statlige føringer nedfelt i Meld. St. nr. 18 «Bærekraftige byer og sterke distrikter» (2016/2017) om blant annet styrking av bymiljøer og mener at disse føringene tilsier at et eventuelt hovedsykehus må etableres i en av Mjøsbyene. Mange høringsinstanser er opptatt av at sykehus lokaliseres nær kollektivknutepunkt og at det satses på et helhetlig og miljøvennlig kollektivtilbud. Andre instanser peker på utfordringer knyttet til videre sykehusutvikling i bymiljø. Flere høringsinstanser mener ulike regionale hensyn må veies mot hverandre i en samlet samfunnsmessig vurdering. De fleste høringsinstanser er opptatt av at det satses på et helhetlig og miljøvennlig kollektivtilbud som avbøtende tiltak.

Flere høringsinstanser mener at etablering av hovedsykehus vil bidra til styrket vekst og utvikling i Innlandet, og at dette vil være en motor for samfunnsutviklingen i hele Innlandet. Noen instanser vektlegger utviklingen av «Mjøsbyen» som en felles bo- og arbeidsmarkedsregion.

Noen høringsinstanser mener at hensynet til pasientene er det viktigste samfunnsmessige hensynet og viser til visjonen om «Pasientens helsetjeneste». Mange høringsinstanser peker på behovet for å etablere ytterligere en luftambulansbase i Innlandet, og de fleste av disse mener denne bør lokaliseres ved Mjøsbrua.

I Kongsvingerregionen er mange høringsinstanser opptatt av at foretakstilhørighet for Kongsvingerregionen og fremtidig sykehusstruktur i Innlandet må ses i sammenheng og utredes/planlegges samtidig.

Oppsummering av høringsuttalelser - Forbehold og presiseringer

Tabellen på de påfølgende sidene oppsummerer innkomne høringsuttalelser i idéfasen for en fremtidig sykehusstruktur i Innlandet. Oppsummeringen sammenfatter de enkelte høringsinstansenes argumenter, forutsetninger og merknader til spørsmålene som er stilt i høringsbrevet, datert 1.2.2017.

Oppsummeringen består av både redigerte sammendrag og sitater fra den enkelte høringsuttalelse. Det vises derfor til kildematerialet for høringsinstansenes egne formuleringer og en fullstendig oversikt over innkomne innspill.

Alle høringsuttalelser er tilgjengelige på Sykehuset Innlandets nettsider: <https://sykehuset-innlandet.no/fremtidig-sykehusstruktur>

Oversikt over høringsinstansene

1. Brukerorganisasjoner/Pasientombud

- 1.1 Brukerrådet i divisjon
Habilitering/Rehabilitering
- 1.2 Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet HF
- 1.3 Diabetesforbundet Lillehammer
- 1.4 Epilepsiforeningen i Hedmark og Oppland
- 1.5 Hamar og omland Parkinsonforening
- 1.6 Hedmark fylkes eldreråd
- 1.7 Hedmark Parkinsonforening
- 1.8 Kreftforeningen
- 1.9 LHL Dovre og Lesja
- 1.10 LHL Oppland
- 1.11 LNT - Landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte i Hedmark og Oppland
- 1.12 Norges Astma- og Allergiforbund Region Hedmark
- 1.13 Norges Astma- og Allergiforbund Region Oppland
- 1.14 Norges handikapforbund Innlandet
- 1.15 Oppland fylkes eldreråd
- 1.16 Pasient- og brukerombudet Oppland og Hedmark
- 1.17 Personskadeforbundet LTN Midt- og Nord-Hedmark lokallag
- 1.18 Psoriasis- og eksemforbundet Hedmark
- 1.19 Råd for likestilling for funksjonshemmede (RLF) Hedmark

2. Fylkeskommuner, fylkeskommunale foretak og regionråd

- 2.1 Hedmark Fylkeskommune
- 2.2 Hedmark Trafikk
- 2.3 Oppland Fylkeskommune
- 2.4 Regionrådet for Fjellregionen
- 2.5 Regionrådet for Kongsvingerregionen
- 2.6 Regionrådet for Nord-Gudbrandsdalen
- 2.7 Regionrådet for Sør-Østerdal
- 2.8 Regionrådet i Valdres

3. Kommuner

- 3.1 Eidskog kommune
- 3.2 Elverum kommune
- 3.3 Folldal kommune
- 3.4 Gausdal kommune
- 3.5 Gjøvik kommune
- 3.6 Gran kommune
- 3.7 Grue kommune
- 3.8 Hamar kommune
- 3.9 Lillehammer kommune
- 3.10 Lom kommunestyre
- 3.11 Lunner kommune
- 3.12 Løten kommune
- 3.13 Nord-Fron kommune
- 3.14 Nord-Odal kommune
- 3.15 Ringeby kommune
- 3.16 Ringsaker kommune
- 3.17 Skjåk kommunestyre
- 3.18 Stange kommune
- 3.19 Stor-Elvdal kommune
- 3.20 Sør-Fron kommune
- 3.21 Tolga kommune
- 3.22 Trysil kommune
- 3.23 Tynset kommune
- 3.24 Vestre Toten kommune
- 3.25 Våler kommune
- 3.26 Østre Toten
- 3.27 Øyer kommune
- 3.28 Øystre Slidre kommune
- 3.29 Åmot kommune

4. Statlige myndigheter, utdanningsinstitusjoner, og helseforetak

- 4.1 Bane NOR
- 4.2 Fylkesmannen Hedmark
- 4.3 Fylkesmannen i Oppland
- 4.4 Høgskolen i Innlandet
- 4.5 NTNU Gjøvik
- 4.6 Oslo universitetssykehus
- 4.7 Revmatismesykehuset Lillehammer
- 4.8 Statens vegvesen Region øst

5. Fagforeninger og arbeidsgiverforeninger

- 5.1 Den norske jordmorforeningen i SIHF
- 5.2 Fagforbundet Sykehuset Innlandet Hedmark og Oppland
- 5.3 Fellesforbundet Raufoss Jern- og Metallarbeiderforening
- 5.4 Fellesorganisasjonen (FO) Oppland
- 5.5 Fellesorganisasjonen (FO) Vestre Toten
- 5.6 Hedmark legeförening - Den norske legeförening
- 5.7 Hunton Arbeiderforening avd. 678. Fellesforbundet
- 5.8 KS, Kommunenes sentralforbund (KS) Hedmark og Oppland
- 5.9 LO i Gjøvik, Nordre og Søndre Land, Østre og Vestre Toten og Valdres
- 5.10 NITO Oppland og NITO Hedmark
- 5.11 Norsk Sykepleierforbund (NSF) Hedmark
- 5.12 Norsk Sykepleierforbund (NSF) Oppland
- 5.13 Norsk sykepleierforbund (NSF) Nord-Gudbrandsdalen
- 5.14 Næringslivet hovedorganisasjon (NHO)
- 5.15 Oppland legeförening
- 5.16 Pensjonistforbundet Oppland
- 5.12 Psykologforeningen i Hedmark
- 5.18 Utdanningsforbundet Hedmark

6. Politiske partier

- 6.1 Gjøvik SV
- 6.2 Hamar Arbeiderparti
- 6.3 Hamar Høyre
- 6.4 Hedmark Venstre
- 6.5 Lillehammer Arbeiderparti
- 6.6 Lillehammer Høyre
- 6.7 Lillehammer Senterparti
- 6.8 Oppland KRF
- 6.9 Oppland Senterparti
- 6.10 Oppland SV
- 6.11 Oppland Venstre
- 6.12 Partiet De Kristne
- 6.13 Pensjonistpartiet i Oppland
- 6.14 Ringsaker Pensjonistparti
- 6.15 Rødt Oppland
- 6.16 Senterpartilagene Gjøvik, Hamar og Ringsaker

7. Aksjoner, venneforeninger og privatpersoner

- 7.1 Bjørg Marit Andersen
- 7.2 Folkebevegelsen for et komplett sykehus ved Mjøsbrua
- 7.3 Gunnar O. Hårstad
- 7.4 Morten Andersen
- 7.5 Sykehusaksjonen "Vi som er for 3 akutt sykehus i Oppland"
- 7.6 Sykehusaksjonen i Hamarregionen
- 7.7 Venneforeningen Fysikalsk medisin og rehabilitering

Høringsinstans	Argumenter og forutsetninger	Merknader til høringstemaer
1. Bruker- organisasjoner og pasientombud	<ul style="list-style-type: none"> • til saken • til høringsdokumentet • til prosessen • hva høringsinstansen fremhever som mest vesentlig ved en fremtidig sykehusstruktur • eventuelle forutsetninger fra høringsinstansen • forventninger når det gjelder videre utredninger, herunder forhold som ønskes særlig belyst eller dokumentert 	<ul style="list-style-type: none"> • Desentralisering • Valg av modell • Samlokalisering av psykisk helsevern, rus og somatikk • Hovedsykehusmodell • To- eller tre-sykehusmodell • Samfunnsmessige konsekvenser

1.1
Brukerrådet for
divisjon
Habilitering/
Rehabilitering

Brukerrådet for divisjon Habilitering og Rehabilitering har tatt utgangspunkt i de føringer som gjelder for fagområdene gjennom Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2016), Veileder til forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2015), Prioriteringsveilederen for fysikalsk medisin og rehabilitering (2014), IS-1947 Rapport om ansvarsavklaring innen rehabilitering (2013) og føringer gitt av Helse Sør-Øst RHF 2017 om fremtidig organisering av fagområdene habilitering og rehabilitering. På grunnlag av disse støtter Brukerrådet for divisjon Habilitering og Rehabilitering anbefalingen om et hovedsykehus ved Mjøsbrua. Et hovedsykehus gir muligheter for et høyere pasientvolum og økt spesialisering. Gjennom en slik organisering vil tjenesteområdene kunne samlokalisere fagkompetansen for fagområdene i et framtidig hovedsykehus og derigjennom nå målet om "en dør inn" for pasientene. Brukerrådet for divisjon Habilitering og Rehabilitering mener at de alternative to- eller tre-sykehusmodellene i liten grad kan ivareta befolkningens behov for spesialisthelsetjenester innenfor disse fagområdene.

Overordnede føringer legger til grunn en ansvarsoverføring til kommunene med henvisning til at hovedtyngden av habilitering og rehabilitering bør skje der pasienten/brukeren bor og virker. Dette støtter tanken om å desentralisere tjenestene i en omfattende grad, gjennom styrking av de Lokalmedisinske sentrene (LMSene), oppbygging av ambulerende tjenester med høy grad av spesialisering samt benytte teknologiske systemer for samhandling gjennom økt bruk av videokonsultasjoner mm. På denne måten vil fagområdene habilitering og rehabilitering kunne utvikle sine tjenester i felleskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten slik at tjenestene i spesialisthelsetjenesten ikke blir bygd ned før kommunene har fått etablert tjenester som ivaretar pasientenes behov for en sømløs behandling.

1.2 Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet	Et hovedsykehus ved Mjøsbrua som inkluderer psykisk helsevern og rus vil oppfylle målet om "en dør inn". I tillegg til hovedsykehus er det viktig å videreutvikle prehospitale tjenester og legge til rette for luftambulansbase ved hovedsykehuset. Eksisterende sykehus kan benyttes til den elektive og polikliniske behandlingen som kan desentraliseres i tillegg til kommunale KAD- plasser og intermedisærtilbud. Det forutsettes at akuttberedskap ved Tynset og Kongsvinger opprettholdes.	Hovedsykehusmodellen gir det beste tilbudet til pasientene, er mest fremtidsrettet og gir en mer balansert vekst i alle bo- og arbeidsmarkedsregionene. Det viktigste samfunnsmessige hensynet er å gi innbyggerne i Innlandet et ypperlig spesialisthelsetjenestetilbud. På grunn av lange avstander kreves mer enn bare hovedsykehus. Trygghet for innbyggere med lange avstander til sykehus ligger i desentralisert aktivitet som dekker lokalsykehusfunksjoner, DPS og LMS. Gode prehospitale tjenester og god offentlig kommunikasjon er også essensielt.
1.3 Diabetesforbundet Lillehammer	Samarbeid mellom divisjonene, og spesielt i mellom somatikken og psykisk helsevern er viktig i fremtiden. Det blir enda viktigere å sette pasienten i fokus, både fysisk og psykisk. Derfor ønsker Diabetesforbundet Lillehammer et sykehus med alle funksjoner som nå er fordelt på de forskjellige sykehusene i Sykehuset Innlandet. Ved å samle sykehuset vil alle spesialister være tilgjengelige på samme sted. Det er mange brukere som har flere sykdommer og trenger flere typer spesialister under oppholdet. Et hovedsykehus vil gjøre det enklere for prehospitale tjenester. Pasienter vil også slippe å bli sendt på flere sykehus rundt Mjøsa. Det er en stor belastning for pasientene å bli sendt fra sted til sted. Det viktigste for oss pasienter er ikke nærhet, men å vite at vi blir behandlet av de best kvalifiserte spesialistene og som gir den beste behandlingen og pasientsikkerheten. Ledige lokaler i dagens sykehus kan benyttes til poliklinikk og elektiv behandling, alternativt at kommunene tar i bruk lokalene.	
1.4 Epilepsiforeningen i Hedmark og Oppland	Uttalelsen begrenser seg til å gi innspill med relevans for mennesker med epilepsi. Dersom det vedtas å bygge nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua er det naturlig å samle nevrologisk kompetanse her. Ansvarsfordelingen mellom SSE og Si bør videreføres, men gjerne med den videreutvikling at nevrologisk kompetanse tilknyttet epilepsi forblir sentralisert som en del av et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua. Det er en fordel at akuttmedisinske tjenester også i fremtiden tilbys flere steder i Hedmark og Oppland. Det bør etableres luftambulansdekning for østre Hedmark.	

1.5 Hamar og Omland Parkinsonforening	Ett hovedsykehus vil gi pasientene kompetent helhetlig behandling hele døgnet på det stedet de først kommer. Dette vil også gi mulighet til å samle somatikk, psykiatri og rus. Det kan forekomme komplikasjoner under behandlinger, da er det godt med tverrfaglig gode fagmiljøer for rask hjelp der pasienten er. Det er også viktig hva som skjer etter den akutte fasen. Habilitering/rehabilitering vil bli enda viktigere enn i dag. Det forutsettes en akuttavdeling for hab./rehab. med kompetente fagfolk, som i tillegg til å behandle inneliggende pasienter har ansvar for å formidle kunnskap til kommunenes rehabiliteringsavdelinger.	Med et nytt stort sykehus vil en få oppdatert bygningsmasse, utstyr og fagkompetanse blir samlet ett sted. Det vil bli lange avstander for noen, men med godt utbygd ambulansetjeneste, med bil og helikopter, kan tilbudet bedres.
1.6 Hedmark fylkes eldreråd	Det viktigste med sykehusstrukturen er å kunne håndtere livstruende ulykker og tidskritiske helsetilstander. Dernest må strukturen tilfredsstillende behovet hos kronikerne, de som hver dag eller svært ofte må ha medisinsk behandling og støtte. For disse er store reiseavstander utålelig. Tredje prioritet er de som trenger elektiv behandling. Det vil heller ikke i fremtiden være et hovedsykehus ved Mjøsbrua som vil være det mest gunstige alternativet for store deler av befolkningen. SI må desentralisere det som er nødvendig for å skape trygghet for befolkningen. Det som kan samles på ett sted bør samles for å gi mulighet for avansert somatikk og psykiatri innen samme virksomhet. De store avstander i hoveddelen av Hedmark krever at det i Kongsvinger, Elverum og Tynset må være sykehus med akuttfunksjoner. De vestre deler av Hedmark kan dekkes av et sykehus i Hamarområdet, alternativt ved Mjøsbrua, som en del av sykehusbehovet for Oppland. Det vil være naturlig at dette Mjøsbyssykehuset tar opp i seg områdefunksjoner i Sykehuset Innlandet og gir grunnlag for å samordne psykisk helsevern og rus med et avansert somatisk helsefaglig miljø.	Vi anbefaler at SI i den videre utredning foretar grundigere analyser av hva som er akseptabel struktur og som kan håndtere ulykkesituasjoner og prehospitale tjenester. Ambulansehelikopter bør komme på plass som en del av en fremtidsrettet "pasientens helsetjeneste".
1.7 Hedmark Parkinsonforening	Ett hovedsykehus (1A) gir muligheter for et høyere pasientvolum og økt spesialisering. Ved en slik organisering vil tjenesteområdene kunne samlokalisere fagkompetansen for fagområdene i et framtidig hovedsykehus og etter hvert klare å nå målet om "en dør inn" for pasientene. Hovedsykehuset må ha universell utforming med god plass til brukere med kognitiv svikt og komplekse nevrologiske lidelser, derav også godt utbygd rehabiliteringssystem/enhet. Brukermedvirkning må innlemmes, organiseres og systematiseres.	

1.8 Kreftforeningen	Kreftforeningen er opptatt av at sykehusstrukturen må bygges opp slik at tjenestetilbud holder så god kvalitet som mulig. Store deler av kreftbehandlingen er høyspesialisert. Kreftbehandling av høy kvalitet forutsetter derfor både en organisering i multidisiplinære team og et høyt pasientvolum. Dette taler for en sentralisering av kreftbehandlingen til et hovedsykehus i tråd med anbefalingene i idéfaserapporten. En samlokalisering av psykiatri og somatikk vil gi et bedre tilbud til pasientene og er et ønskelig tiltak. Enkelt oppgaver kan med fordel desentraliseres til sykehus eller kommuner nærmere der pasientene bor. Faglige kriterier skal ligge til grunn for slike vurderinger. En etablering av et hovedsykehus vil gi muligheter for å legge til rette for klinisk forskning. Dette vil være av stor betydning for å utvikle ny kunnskap for å kunne tilby innbyggerne i Innlandet den beste og nyeste behandlingen.	Kreftforeningen ser for seg flere områder hvor det vil være gunstig å utvikle samarbeidet med primærhelsetjenesten: Mange pasienter kan få cellegift hos lokalsykehus eller kompetent LMS etter behandling i spesialisert sykehus. Det finnes mange eksempler på godt samarbeid innen palliasjon innen kreftbehandling. Dette bør videreutvikles. Området med oppfølging og opplæring av pasienter og pårørende kan og bør videreutvikles i samarbeid. Ledige lokaler kan brukes til lærings og mestringsarenaer for pasienter og pårørende. Kommunale og interkommunale kreftkoordinatorer i LMS/lokalsykehus bør samlokaliseres. Familievern, BUP, helsesøster og NAV bør forsøkes samlokaliseres for å sikre helhetlige og forutsigbare tjenester. Samfunnsøkonomisk er tidlig diagnose, rask god behandling og tidlig rehabilitering viktigst.
1.9 LHL Dovre og Lesja	Det beste sykehusvalget er storsykehus ved Mjøsbrua og 4 akuttsykehus. Det bør da satses på Otta, Hadeland, Valdres og Tynset.	
1.10 LHL Oppland	Hovedsykehus ved Mjøsbrua og dagbehandling og poliklinikk ved eksisterende sykehus (alternativ 1A) anbefales som fremtidig sykehusstruktur. Denne modellen sikrer tilstrekkelig volum for å gi god og trygg behandling og gode pasientforløp, og et attraktivt fagmiljø for helsepersonell. Det forutsettes at prehospitaltjenester og de lokalmedisinske sentrene videreutvikles og styrkes.	
1.11 Landsforeningen for nyrepasienter og transplanterte (LNT) i Hedmark og Oppland	LNT støtter opp om anbefalingen av et hovedsykehus ved Mjøsbrua. Behandlingen innen somatikk, psykisk helsevern og rus samles ved hovedsykehuset. Fremtidig modell må sikre et likeverdig tilbud i Innlandet. Viktig å opprettholde sykehus med akuttfunksjoner i Kongsvinger og på Tynset. Det må legges vekt på desentralisering av oppgaver til eksisterende sykehus og LMS, eks. dagbehandling, poliklinikk og spesialisert dialysebehandling. Gode prehospitaltjenester og ny helikopterbase er nødvendig i en region som er spredt bebodd.	

1.12 Norges Astma- og Allergiforbund Region Hedmark	Hovedsykehus er den mest fremtidsrettede modellen. Av hovedsykehusmodellene vil 1B gi det beste tilbudet for pasientene. Akuttberedskap ved Tynset og Kongsvinger må opprettholdes. Viktig å bygge opp gode prehospitale tjenester. Et nytt helikopter bør stasjoneres ved hovedsykehuset. Rehabilitering er et område som kan utvikles i fellesskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. To-sykehusmodellen er den nest beste modellen.	Sykehuset Innlandet bør vektlegge pasientperspektivet. Det bør være nærhet og trygghet i akutfunksjonene. Ved et hovedsykehus vil fagkompetanse og spesialisttjeneste bli samlet.
1.13 Norges Astma og Allergiforbund Region Oppland	Har ingen innvendinger mot noen av modellene som er utredet, det er imidlertid viktig at alle funksjoner har den kapasiteten som kreves og at unødvendig venting unngås. Et nytt hovedsykehus må lokaliseres slik at det er lett tilgjengelig for pasienter og pårørende. Det må ikke bygges ned tilbud i spesialisthelsetjenesten før det er opprettet tilsvarende tilbud i kommunene. Granheim har et tilfredsstillende tilbud innenfor spesialisert lungerehabilitering. Viktig at dette videreføres ved eventuell flytting til et nytt hovedsykehus. Lungesyke må sikres et like bra eller bedre tverrfaglig og helhetlig tilbud i fremtiden. Granheim har trolig den best utstyrte poliklinikken i landet og dyktige ansatte. Dette miljøet må ikke pulveriseres.	Det må sikres at alle innbyggere har et tilfredsstillende tilbud om øyeblikkelig hjelp og riktig diagnose på det første akuttmottaket pasienten kommer til.
1.14 Norges Handikapforbund Innlandet	For å sikre brukerne i Innlandet best mulig behandling, er det nødvendig å bygge opp store fagmiljøer som tiltrekker seg god kompetanse. Dette er særlig viktig når utvikling av ny teknologi krever større kunnskap blant helsepersonell. Samtidig er det nødvendig å sikre helhetlig og koordinert behandling av pasientene. Tilgjengelig hjelp på et sted, slik at en unngår transport mellom ulike sykehus, er også viktig. Sett i sammenheng med målsettingen om å gi merverdi for pasientene og fremme god kvalitet i behandlingen, er det vår vurdering at et nytt hovedsykehus bør etableres ved Mjøsbrua. Et komplett hovedsykehus må bygges så lite som faglig mulig. Poliklinikk, dagbehandling og døgntilbud videreføres på sammenlignbart nivå ved de eksisterende sykehus i hele regionen. LMS og DPS må bygges ut og rustes opp faglig. Habilitering og rehabilitering som ikke trenger nærhet til sykehus skal ikke samlokaliseres. Når det er mulig skal spesialistene komme til pasientenes nærmiljø og ikke pasientene til spesialisten. Prehospitale tjenester må styrkes, herunder etablering av luftambulansbase i Mjøsregionen.	

1.15
Oppland fylkes
eldreråd

Eldrerådet er mot en etablering av felles akuttstusykehus ved Mjøsbrua. Sykehuset på Lillehammer må tilbakeføres til det allsidige sykehuset det var før SI ble etablert, med brystkreftkirurgi og urologi. Gjøvik sykehus videreføres som akuttstusykehus og videreutvikles som senter for stråleterapi og onkologi. LMSene på Fagernes og Otta videreutvikles og samarbeidet mellom legevakt/LMS og sykehusene må styrkes. Turisme og hyttebebyggelse krever økt behov for spesialisthelsetjenester. Økt transportbelastning for pasienter, pårørende og ansatte samsvarer dårlig med "det grønne skiftet". Savner vurdering av beredskap ved store medisinske katastrofer.

1.16
Pasient- og
brukerombudet i
Hedmark og
Oppland

Ombudet er svært tilfreds med de utredninger som ligger til grunn for vurdering av fremtidig sykehusstruktur, herunder prosess og medvirkning fra berørte aktører. En samling av behandlingstilbudet innen somatikk, psykisk helsevern og rus til et hovedsykehus er nødvendig for å sikre helhetlige behandlingstilbud. Samlokalisering vil kunne bidra til bedre oppfølging og tverrfaglig tilnærming av somatiske pasienter med psykiske lidelser/avhengighetsproblematikk. Hovedsykehusmodellen gir bedre ressursutnyttelse av begrensede spesialistfunksjoner og bedre utnyttelse av avansert medisinsk utstyr. Et moderne hovedsykehus vil gi bedre rekrutteringsmuligheter for høyt kvalifisert spesialisert personell.

1.17
Personskade-
forbundet LTN
Midt- og Nord-
Hedmark lokallag

En samling av akutte og spesialiserte tjenester i et hovedsykehus vil gi bedre tjenester til pasientene. Både akutte og sammensatte lidelser vil ha nytte av den tverrfaglige kompetanse som vil finnes ved et hovedsykehus. Pasienter med behov for livslang rehabilitering vil være avhengig av et samarbeid mellom flere kommuner og fagkompetansen i spesialisthelsetjenesten. Ledige lokaler kan benyttes til forbyggende trening og rehabilitering.

1.18 Psoriasis- og eksemforbundet Hedmark	Tilfreds med en grundig utredning og en åpen, tilgjengelig og godt tilrettelagt prosess. Mener en modell med ett hovedsykehus (1A) er det eneste og beste alternativet i forhold til trygge, fremtidsrettede helse- og sykehustjenester med høy kvalitet. Støtter samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og rus, under samme tak og en dør. Forutsetter en satsning på LMS og god prehospital tjeneste (sykebil/helikopter med base, «mjøsbåten» mm). Et avansert og godt utbygd akuttmedisinsk behandlingstilbud, med god pasientservice vil være en viktig forutsetning for ett hovedsykehus. Mindre opptatt av plassering enn av gode effektive transportordninger, fremkommelighet, parkeringsmuligheter og universell utforming inne og ute. Om tidligere lokaler blir brukt eller solgt er ikke avgjørende. Det kan i enkelte tilfeller være mere lønnsomt å selge/bygge nytt for å oppnå mer hensiktsmessige lokaler/utstyr.	Rehabilitering og habilitering, som i dag ofte foregår på et sykehjem, bør utføres i et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Dialyse, behandling av kols, revmatologiske sykdommer i tillegg til det rapporten selv belyser bør være gjennomførbare spesialisttjenester som kan utvikles i et samarbeid. Det samme gjelder tilbud innen sosial og helse (somatikk og psykiatri og RUS) både for barn/unge/voksne, rehabilitering/habilitering, PPT/logopedi, ergoterapi/fysikalske tjenester og hjelpemidler, tannhelse og rehabilitering og behandling innen revmatiske lidelser. Alle disse tilbudene kan samles i frigjorte arealer i eksisterende sykehusbygg og blir synlige og tilgjengelige. Hovedsykehusmodellen gir den mest jevnt fordelte vekst i Mjøsregionen, og det bør vektlegges. Mindre energibruk ved hovedsykehusmodell trekkes også frem. Utfordringen med økt transport må avbøtes med effektive og gode transportordninger.
1.19 Råd for likestilling for funksjons- hemmede (RLF) Hedmark	Mener en modell med ett hovedsykehus er det eneste og beste alternativet i forhold til trygge, fremtidsrettede helse- og sykehustjenester med høy kvalitet. Støtter samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og rus, under samme tak og en dør. Forutsetter en satsning på LMS og god prehospital tjeneste (sykebil/helikopter med base, «mjøsbåten» mm). Et avansert og godt utbygd akuttmedisinsk behandlingstilbud, med god pasientservice vil være en viktig forutsetning for ett hovedsykehus. Mindre opptatt av plassering enn av gode effektive transportordninger, fremkommelighet, parkeringsmuligheter og universell utforming inne og ute. Om tidligere lokaler blir brukt eller solgt er ikke avgjørende. Det kan i enkelte tilfeller være mere lønnsomt å selge/bygge nytt for å oppnå mer hensiktsmessige lokaler/utstyr. Tilfreds med en grundig utredning og en åpen, tilgjengelig og godt tilrettelagt prosess.	Rehabilitering og habilitering, som i dag ofte foregår på et sykehjem, bør utføres i et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Dialyse, behandling av kols, revmatologiske sykdommer i tillegg til det rapporten selv belyser bør være gjennomførbare spesialisttjenester som kan utvikles i et samarbeid. Det samme gjelder tilbud innen sosial og helse (somatikk og psykiatri og RUS) både for barn/unge/voksne, rehabilitering/habilitering, PPT/logopedi, ergoterapi/fysikalske tjenester og hjelpemidler, tannhelse og rehabilitering og behandling innen revmatiske lidelser. Alle disse tilbudene kan samles i frigjorte arealer i eksisterende sykehusbygg og blir synlige og tilgjengelige. Hovedsykehusmodellen gir den mest jevnt fordelte vekst i Mjøsregionen, og det bør vektlegges. Mindre energibruk ved hovedsykehusmodell trekkes også frem. Utfordringen med økt transport må avbøtes med effektive og gode transportordninger.

Høringsinstans	Argumenter og forutsetninger	Merknader til høringstemaer
2. Fylkeskommuner, fylkeskommunale foretak og regionråd	<ul style="list-style-type: none"> • til saken • til høringsdokumentet • til prosessen • hva høringsinstansen fremhever som mest vesentlig ved en fremtidig sykehusstruktur • eventuelle forutsetninger fra høringsinstansen • forventninger når det gjelder videre utredninger, herunder forhold som ønskes særlig belyst eller dokumentert 	<ul style="list-style-type: none"> • Desentralisering • Valg av modell • Samlokalisering av psykisk helsevern, rus og somatikk • Hovedsykehusmodell • To- eller tre-sykehusmodell • Samfunnsmessige konsekvenser

2.1
Hedmark
fylkeskommune

Fylkesrådet støtter opp om hovedkonklusjonen i idéfaserapporten, med etablering av ett hovedsykehus ved Mjøsbrua med behandlingstilbud innen somatikk, psykisk helsevern og rus. Målet må være "en dør inn" for pasientene. Det forutsettes at sykehuset i Elverum utvikles med en større enhet innenfor elektiv kirurgi. Det må opprettholdes sykehus med akuttfunksjoner på Tynset og i Kongsvinger. I det videre arbeidet må desentralisering av oppgaver vektlegges slik at tjenester som kan utføres lokalt legges til mindre sykehus og LMS. Fremtidig tilbud må sikre at innbyggere i ulike deler av Innlandet gis et likeverdig tilbud. Gode prehospitaltjenester som inkluderer en god helikoptertjeneste er en forutsetning. Viktig at innbyggerne i hele fylket får et kvalitativt godt/likeverdig tilbud.

Et hovedsykehus ved Mjøsbrua legger til rette for stort nok pasientgrunnlag samtidig som flest mulig får et desentralisert tilbud. Et hovedsykehus skal gi positive ringvirkninger for større deler av regionen. Det er behov for en grundig analyse av regionale forskjeller på de desentraliserte tilbudene som ikke er tilstrekkelig belyst i rapporten. Det må unngås å skyve kostnader over på kommunene. Innholdet i prehospitaltjenester må konkretiseres og det må gis klare signaler om forpliktende satsing. Støtter integrering av psykiatri, rus og somatikk, hvor målet må være "en dør inn" for alle pasienter. Modellen med 3 sykehus anses som lite hensiktsmessig/fremtidsrettet.

2.2 Hedmark Trafikk	<p>Høringsuttalelsen tar kun stilling til momenter som har betydning for valg av reisemiddel og ikke medisinfaglige momenter. Å etablere et godt kollektivtilbud til et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua vil være ressurskrevende. Modellene med to eller tre store akuttstusykehus vil dra fordel av et allerede etablert kollektivtilbud. Kostnadene ved disse modellene vil derfor være betydelig lavere enn ved valg av hovedsykehusmodell. Et hovedsykehus ved Mjøsbrua vil kreve etablering av nye kollektive transportmuligheter, mens et hovedsykehus i en av de største byene vil kunne benytte allerede etablert infrastruktur og kollektivtilbud. I Østfold medførte nytt sykehus på Kalnes ekstra kostnader på 20 mill. kr pr år. For at ansatte og pasienter skal velge kollektivtilbud må dette fremstå som et godt alternativ til bruk av bil. Våren 2017 starter arbeidet med en felles areal- og transportstrategi for Mjøsbyregionen i samarbeid mellom begge fylkeskommuner.</p>	
2.3 Oppland fylkeskommune	<p>Fylkestinget i Oppland støtter samling av de somatiske akuttfunksjonene i Innlandet til et hovedsykehus ved Mjøsbrua. Det forutsettes at fremtidig sykehusmodell sikrer likeverdig tilbud til hele Innlandet og at det inngås forpliktende ressursmessig og faglig videreutvikling av LMSene (inkl. Hadeland). Poliklinisk virksomhet, dagbehandling og evt. døgntilbud videreføres på sammenlignbart nivå ved alle eksisterende sykehus i hele regionen. Sentralsykehusfunksjoner, herunder akuttfunksjoner, innen psykisk helsevern og rus bør legges til hovedsykehuset. Uavhengig av ny sykehusstruktur må det snarest mulig etableres ny luftambulansbase sentralt plassert i Innlandet. Det er viktig at eksisterende sykehusstilbud opprettholdes og videreutvikles frem til endelig sykehusstruktur er på plass. Endringer på kort/mellomlang sikt må skje i tråd med vedtak om endelig struktur. I konseptfasen må betydningen av fritidsinnbyggere i Innlandet vektlegges og det må vurderes hvilke akuttfunksjoner som skal ligge igjen i nåværende sykehus.</p>	<p>Det må inngås forpliktende samarbeidsavtaler med kommunene når det gjelder utvikling av LMS og prehospitale tjenester. Sykehuset Innlandet må også forplikte seg til å nytte frigjort kapasitet og kompetanse til å videreutvikle det desentraliserte tilbudet. Innhold og pålitelighet i slik forpliktelse vil i stor grad være bestemmende for troverdigheten til sykehusmodellen. Fylkeskommunens anbefaling om sykehusmodell står og faller på en slik forpliktelse. Fylkeskommunen finner det lite hensiktsmessig å gå nærmere inn på to-sykehusalternativet og tre-sykehusalternativet. Kostnader ved økt pendling burde vært kvantifisert. Et hovedsykehus i Mjøsregionen lokalisert ved Mjøsbrua er svært sentral med tanke på rekruttering fra hele regionen. Betydningen av sykehus som motor for bosetting, næringsutvikling og byliv vil være størst ved lokalisering i en av byene og ikke i "mellomrommet" mellom disse. En lokalisering i nærheten av Mjøsbrua vurderes å være det eneste realistiske alternativet for en lokalisering av et hovedsykehus.</p>

2.4 Regionrådet for Fjellregionen	Den fremtidige sykehusstrukturen for Innlandet må innebære at Tynset består som lokalsykehus med akuttfunksjoner i kirurgi og indremedisin og med lokal ledelse. Hovedsykehusmodellen støttes, men det er nødvendig med ytterligere avklaringer før det kan tas stilling til hvilken hovedsykehusmodell. Savner beskrivelse av hvilke utfordringer en hovedsykehusmodell vil gi (trykk i akuttmottak, kapasitetsutfordringer, turnover på personell m.m.). Ambisjonene for de desentraliserte tjenestene må beskrives tydelig i forhold til investeringer, drift og videre utvikling (både DPS, LMS og Tynset og Kongsvinger).
2.5 Regionrådet for Kongsvinger- regionen	Modell 1A med sentralsykehuspsykiatrien samlet i hovedsykehuset (med tillagt poliklinikk og dagbehandling i dagens sykehusbyer i Mjøsregionen) er den beste modellen for kommunene. Dette gir best integrering av somatikk, rus og psykisk helse. Det er viktig at dette blir en reell motvekt mot fagmiljøene i Osloregionen og at det satses på forskning og utvikling. Primært opptatt av at utvikling av desentrale tjenester må skje i samarbeid med kommunene og på kommunene sine premisser. Når tilbud sentraliseres må det kompenseres med økt tilgjengelig for brukerne. Desentralt tjenestetilbud, økt kollektiv transport og dedikerte helseekspresser, økt prehospitale tjenester mv. Det understrekes også at samarbeid rundt legevaktstjenester (radiologi, laboratorie, veiledning innenfor både rus/psyk og somatikk, telefonkonsultasjoner, telemedisin som eksempelvis tolkning av EKG mv) er viktig for å sikre gode desentrale tjenester i en god samarbeidsflate mellom foretak og kommuner. Skal det velges en annen struktur enn en hovedsykehusmodell, er Kongsvingerregionen av den oppfatning at alternativ to-sykehusmodellene best ivaretar befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. I en slik modell er regionen av den oppfatning at områdefunksjonene bør samles rundt Elverum og Gjøvik. Kongsvingerregionen har forståelse for at det av faglige vurderinger er krevende å beholde Kongsvinger som fullverdig akuttsykehus. Kommunene vil allikevel understreke at det innenfor kirurgi som et minimum må opprettholdes elektiv kirurgi og et fullverdig fødetilbud.

<p>2.6 Regionrådet for Nord Gudbrandsdal</p>	<p>Hovedsykehus ved Mjøsbrua hvor somatikk, psykisk helsevern og rus er samlokalisert vurderes å gi det beste tilbudet til pasientene. Et hovedsykehus øker muligheten for avansert spesialisthelsetjeneste som i dag ikke er tilgjengelig i regionen, det vil gi robuste fagmiljø og høy kompetanse tilstede hele døgnet. Fordelene vurderes å veie opp for ulempene med lenger reisevei forutsatt at det etableres en faglig forsvarlig akuttberedskap. En egen plan for LMS 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 bør herunder etableres spesialist senger som kan ivareta pasienter som krever spesialisert behandling. Det bør gjennomføres en risiko- og sårbarhetsanalyse med forslag til kompensierende tiltak for innbyggerne i Nord Gudbrandsdal og andre regioner med lang reisevei. Fokus på miljøvennlig persontransport er et viktig samfunnsmessig hensyn.</p>	
<p>2.7 Regionrådet for Sør-Østerdal</p>	<p>Regionrådet anbefaler ett hovedsykehus/sentralsykehus i hvert fylke hvor sykehuset i Hedmark lokaliseres til Elverum. Ett felles hovedsykehus for Hedmark og Oppland vil være mer sårbar enn to sykehus (driftsproblemer, sykehusinfeksjoner, terror). Ett felles hovedsykehus vil medføre lengre reisevei for de fleste ansatte og fraflytting av dagens vertskommuner. Det er ikke sykehusstrukturen som skal styre samfunnsutviklingen. Reiseavstanden for de fleste pasientene vil bli lengre med ett hovedsykehus. Investeringsbehovet ved å bygge nytt hovedsykehus vil bli så høye at det vil belaste sykehusbudsjettet/bemanningsbudsjettet over lang tid. Dette vil trolig også ramme pasienttilbudet.</p>	<p>Ønsker tettere samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten velkommen. I tillegg til psykisk helsevern er det ønskelig med samhandling innenfor felter som geriatri, pediatri, dialyse, ØNH, øye, nevrologi, diabetes, smertebehandling og rehabilitering. Lite sannsynlig at det blir frigjort sykehuslokaler i Hedmark i nær fremtid. Regionrådet advarer mot samfunnsmessige og miljømessige konsekvenser av å bygge hovedsykehus ved Mjøsbrua og viser til Nasjonale føringer i Meld. St. 18 (2016-2017) om bl.a. styrking av bymiljøer.</p>
<p>2.8 Regionrådet i Valdres</p>	<p>Mangel på spisskompetanse og endring i sykdomspanoramaet vil være store endringsdrivere i årene fremover. Det vil ikke være økonomi, personell eller kompetanse til å opprettholde dagens oppdelte sykehusstruktur. Etablering av ett nytt hovedsykehus for innlandet (1A) støttes. Dette vil redusere pasientlekkasjen til Oslo. Viktig å satse på akuttmedisinsk beredskap ved VLMS samt prioritere prehospitale tjenester. Understreker betydningen av at et nytt hovedsykehus plasseres i nær tilknytning til utdanningsinstitusjon med universitetsstatus. Viktig med sterke lokalmedisinske sentre i Oppland og Hedmark.</p>	

Høringsinstans	Argumenter og forutsetninger	Merknader til høringstemaer
3. Kommuner	<ul style="list-style-type: none"> • til saken • til høringsdokumentet • til prosessen • hva høringsinstansen fremhever som mest vesentlig ved en fremtidig sykehusstruktur • eventuelle forutsetninger fra høringsinstansen • forventninger når det gjelder videre utredninger, herunder forhold som ønskes særlig belyst eller dokumentert 	<ul style="list-style-type: none"> • Desentralisering • Valg av modell • Samlokalisering av psykisk helsevern, rus og somatikk • Hovedsykehusmodell • To- eller tre-sykehusmodell • Samfunnsmessige konsekvenser

3.1
Eidskog kommune

Hovedsykehus med sentralpsykiatrien samlet i hovedsykehuset er den beste modellen. Dette gir best integrering av rus og psykisk helse. Det forutsettes at det jobbes desentralt inn mot DPS. Utviklingen av desentraliserte tjenester må skje i samarbeid med kommunene. Store avstander gjør at det er avgjørende med akutttilbud flere steder i Innlandet. Hedmark kommer dårlig ut hvis Tynset og Kongsvinger forandres vesentlig fra dagens tilbud. Lokalsykehus med heldøgns kirurgisk og indremedisinsk akuttberedskap er viktig. Alt annet er distriktsfiendtlig! Kommunale øyeblikkelig-hjelp tilbud kan ikke erstatte akuttfunksjoner i lokalsykehus. Hvis det velges en to-sykehusmodell bør dette være Elverum og Gjøvik.

3.2 Elverum kommune	Ett hovedsykehus/sentralsykehus i hvert fylke hvor sykehuset i Hedmark lokaliseres til Elverum ivaretar best samfunnsmessige hensyn. Ett felles hovedsykehus i Innlandet vil være mer sårbart enn to hovedsykehus. Kostnadene ved bygging av et helt nytt sykehus vil belaste sykehusbudsjettet over lang tid. Hovedsykehus nær Mjøsbrua vil føre til betydelig reiseavstand for befolkningen i ytterkantene. Ett felles hovedsykehus på et annet sted enn der sykehusene er plassert i dag vil føre til lengre reisevei for mange ansatte med miljøulempet og fraflytting av dagens vertskommuner som konsekvens.	Ønsker en tettere samhandling mellom spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester velkommen. Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan videreutvikles innen felter som geriatri, pediatri, dialyse, ØNH, øye, nevrologi, diabetes, smertebehandling m.m. anbefaler ett hovedsykehus/sentralsykehus i hvert av de to fylkene. Advarer mot samfunnsmessige, miljømessige og økonomiske konsekvenser ved å bygge nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua. Videreutvikling av dagens sykehusbygg i Elverum vil være den beste samfunnsøkonomiske og transportøkonomiske løsningen. I Elverum er det også lagt bygningsmessig til rette for samlokalisering av psykisk helsevern, rus og somatikk.
3.3 Folldal kommune	Innbyggerne skal ha et samlet helsetilbud som oppleves som godt og likeverdig. Hovedsykehus ved Mjøsa bestående av somatikk, psykisk helsevern og rus støttes, men det er nødvendig med ytterligere avklaringer før det kan tas stilling til hvilken hovedsykehusmodell. Savner beskrivelse av hvilke utfordringer en hovedsykehusmodell vil gi (trykk i akuttmottak, kapasitetsutfordringer, turnover på personell m.m.). Den fremtidige sykehusstrukturen for Innlandet må innebære at Tynset består som lokalsykehus med akuttfunksjoner i kirurgi og indremedisin og med lokal ledelse. Ambisjonene for de desentraliserte tjenestene må beskrives tydelig i forhold til investeringer, drift og videre utvikling (både DPS, LMS og Tynset og Kongsvinger).	Det av stor betydning at de prehospitaltjenestene videreutvikles og styrkes. Moderne ambulanser med godt kvalifisert ansatte og fortsatt drift av helikopterbasen på Dombås, er viktig for innbyggerne i Folldal enn hvor hovedsykehuset lokaliseres i innlandet. Et desentralisert fødetilbud er viktig og en trygghet for mange fødende i distrikts-Norge, og må opprettholdes på Tynset sykehus.
3.4 Gausdal kommune	Støtter hovedsykehus ved Mjøsbrua (1A) som inkluderer psykisk helsevern og rus, med noe virksomhet i Elverum, Hamar, Gjøvik og Lillehammer. Viktig at eksisterende sykehus opprettholdes og videreutvikles inntil ny struktur er på plass. Endringer på kort og mellomlang sikt må tilpasses ny sykehusstruktur. Dersom statlige føringer om plassering av sykehus i by skal følges, må sykehuset lokaliseres i Lillehammer. Av to-sykehusmodellene er det bare modell med store akuttstusykehus på Lillehammer og i Elverum som er "liv laga" (2B). SI må legge opp til en balansert utvikling i regionen. Plassering av hovedsykehus utenfor eksisterende byer vil skape utfordringer når det gjelder trafikk og klimagasser. Det er nødvendig å sørge for gode kollektivløsninger som en del av prosjektet.	Innbyggerne skal oppleve et helsetjenestetilbud som er trygt og likeverdig. Støtter prinsippet om å sentralisere det en må og desentralisere det en kan. Det er et godt interkommunalt samarbeid i Sør-Gudbrandsdal (intermediæravdeling, legevakt, idrettsmedisin). Flere rehabiliteringsoppgaver kan etter hvert overføres til kommunene.

3.5 Gjøvik kommune	Konklusjon om struktur kan ikke trekkes før konseptfasen har gått i dybden på flere enn ett alternativ. To modeller må utredes videre: Hovedsykehus med samling av somatikk, psykisk helsevern og rus (1A) og en tre-sykehusmodell med to akuttsykehus i Oppland og ett i Hedmark (Elverum). Ved en hovedsykehusmodell må det være en balansert løsning for gjenværende desentraliserte tjenester ved eksisterende sykehus. Dersom et hovedsykehus skal ligge i en by må det lokaliseres i Gjøvik. Ved en tre-sykehusmodell må det være en arbeidsfordeling mellom sykehusene som gir mest mulig helhetlig tilbud for pasientene, blir mest mulig balansert når det gjelder omfanget av samlet ressursinnsats i de tre byene og hvor utvalgte tjenester innen psykisk helsevern og rus samles ved to av tre sykehus hvorav samlokaliseringen i Oppland skjer på Gjøvik.	Meld. St. 14 (2014-2015) gir føringer på oppgaver som kan utvikles i fellesskap. Idéfaserapporten er i tråd med disse føringene. Konkrete områder vil være geriatri, habilitering/rehabilitering, dialyse, DPS og LMS. Legevakt, KAD, fastleger, helsestasjon, migrasjonshelsetjeneste og evt. NAV er oppgaver/funksjoner som evt. kan lokaliseres i frigjorte sykehusarealer. Av hovedsykehusmodellene er det alternativ 1A/justert 1A som vil gi det beste tilbudet til pasientene i Innlandet. Når det gjelder områdefunksjoner i en to- og tre-sykehusmodell må utredningen også omfatte alternativene der Gjøvik får tildelt akutte områdefunksjoner, alternativ 2D og 3B.
3.6 Gran kommune	Støtter hovedsykehus ved Mjøsbrua (1A) med samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og rus, og avvikling av de fire eksisterende sykehus rundt Mjøsa. Fortsatt noe poliklinisk aktivitet og dagbehandling kan tilbys på Hamar, Elverum, Gjøvik og Lillehammer. Hverken akutt indremedisin eller planlagt heldøgnskirurgi bør tilbys ved noe av de eksisterende sykehusene. Ytterligere styrking av DPSene hvor det videreutvikles akutt- og krisetjenester i form av døgntilbud, dagtilbud, poliklinisk tilbud, og tilbud om hjemmebehandling. Dagens psykiatriske sykehus på Sanderud og Reinsvoll avvikles i sin helhet. Vil heller realisere hovedsykehusmodellen trinnvis enn å iverksette enn to-sykehusmodell. Nyetablering av luftambulansbase sentralt i Innlandet.	Desentraliserte tjenester må understøtte de kommunale og interkommunale helse- og omsorgstilbudene. Et lokalmedisinsk senter med en intermedieæravdeling som døgnbasert sengeavdeling med såkalte «flerbrukssenger», bør bygges opp til å bli navet i samhandlingsflatene sykehus-sykehjem-legevakt-allmennlege-tjeneste. Spesialistkompetanse er særlig viktig for å sikre nødvendig medisinsk trygghet dersom Sykehuset Innlandet etablerer desentraliserte sykehussenger. I tillegg til de brede tjenestene i et lokalmedisinsk senter bør SI bistå i etableringen og samlokalisering av en rehabiliteringsenhet, og i tett samarbeid bør det etableres rehabiliteringsteam. I byregionene bør etableres lokalmedisinske sentre. Et hovedsykehus vil være en motor for samfunnsutviklingen i hele Innlandet, ikke bare for Mjøsregionen. Økt reisevei og persontransport må møtes med avbøtende tiltak, som å påvirke reisemiddelvalg og tilrettelegging av kollektivtransport. En samling av fagmiljøene i modellen med et hovedsykehus vil den største gevinsten for rekruttering. Statlige planretningslinjer kan tale for sykehuslokalisering i eller nær bykjernen i etablerte byer i Innlandet. Det er vanskelig å få til nye sykehusbygg annet enn som «kompromisser mellom byer». For i det hele tatt å få til en fremtidsrettet struktur med et hovedsykehus bør det velges en lokalisering ved Mjøsbrua.

3.7 Grue kommune	En to-sykehusmodell, f.eks. med ett akuttsykehus i Elverum og ett i Oppland, samt lokalsykehus i Kongsvinger og Tynset med heldøgns akuttkirurgisk og indremedisinsk beredskap vil være best. Store avstander gjør at det er avgjørende med akuttilbud flere steder i Innlandet. De to store sykehusene bør ha somatikk, psykisk helsevern og rus samlokalisert og inngå i nettverkssamarbeid med lokalsykehus som har heldøgns akuttkirurgisk og indremedisinsk beredskap, lokalmedisinske sentere og primærhelsetjenesten i kommunen. Utviklingen av desentraliserte tjenester må skje i samarbeid med kommunene. Hedmark kommer meget dårlig ut om Tynset og Kongsvinger forandres vesentlig fra dagens tilbud. Lokalsykehus med heldøgns kirurgisk og indremedisinsk akuttberedskap er viktig. Alt annet er distriktsfiendtlig! Kommunale øyeblikkelig-hjelp tilbud kan ikke erstatte akuttfunksjoner i lokalsykehus.	Statlige føringer tilsier at servicetilbud ikke skal flyttes ut av byene. Å etablere et nytt sykehus på et sted hvor ansatte, pasienter og pårørende må pendle hver dag strider mot intensjonene i statlige retningslinjer for samordnet areal- og transportplanlegging. Det vil svekke de etablerte byene. Valg av fremtidig sykehusstruktur henger sammen med avklaringen av foretakstilhørighet for Kongsvinger opptaksområde. Jo lenger unna Kongsvinger et hovedsykehus blir liggende, jo mer aktualiserer det tilknytning til AHUS.
3.8 Hamar kommune	Støtter samling av behandling innen somatikk, psykisk helsevern og rus i eller i nærheten av Hamar. Dersom hovedsykehusmodellen velges bør sykehuset legges til et kommunikasjonsmessig knutepunkt der befolkningsveksten forventes å bli stor i samsvar med regjeringens målsetting knyttet til bl.a. reduksjon av klimautslipp. Dersom hovedsykehus ikke lar seg realisere bør det etableres et nytt akuttsykehus i eller i nærheten av Hamar til erstatning for dagens Hamar sykehus. Kommunen ønsker et samarbeid med Sykehuset Innlandet for å få til en best mulig samordning med primærhelsetjenesten. Kommunestyret har bedt rådmannen gjennomføre en mulighetsstudie der etablering av nytt sykehus i eller i nærheten av Hamar ses i sammenheng med fremtidig byutvikling.	Har ikke gått inn i vurderingene av hvordan samarbeidet mellom SI og kommunen kan utvikles. Det er mest naturlig å gå inn i en slik dialog i neste fase når sykehusmodell er endelig valgt. Når det gjelder spørsmålet om hvilke samfunnsmessige hensyn som bør vektlegges vises til stortingsmeldingen "Bærekraftige byer og sterke distrikt" hvor det legges vekt på at lokalisering skal bidra til å redusere klimautslipp, at arbeidsplasser skal plasseres ved knutepunkt og at de skal medvirke til bedre tjenestetilbud, mer liv og økt handel. Meldingen viser til St. Olavs hospital i Trondheim som et godt eksempel.

3.9 Lillehammer kommune	<p>Et fremtidig helsetilbud fordrer en balanse mellom den delen av det samlede tilbudet der hensynet til medisinsk faglig kvalitet og kompetanse må telle mest, og den delen der dette ikke er like viktig og nærhet til pasienten kan tillegges større vekt. Kommunen ønsker at modell 2B med akutte områdefunksjoner samlet på Lillehammer tas med i den videre planleggingen. 2B er eneste tosykehusmodell som er "liv laga" iht. Helsedirektoratets kriterier. Modellen vil for de fleste formål gi et fullverdig sykehus sentralt i begge fylker og sikre videre bruk av omfattende bygningsmasse. Avstanden mellom de to sykehusene gjør det mulig å utnytte spesialkompetanse på tvers. Det kan være vanskelig å oppnå den nødvendige støtten for et nytt sykehus med et alternativ som gjør at en eller flere av Mjøsbyene får sykehusutvikling på bekostning av de andre. Forutsatt at det opprettholdes 70 % av dagens aktivitetsvolum ved SI Lillehammer, og at dette følges opp med tilstrekkelig investerings- og driftsmidler i hele perioden fram mot 2040, kan en justert modell 1A tas med i videre planlegging. Ved en slik modell bør sentralsykehusfunksjonene for psykisk helsevern og rus overføres fra Sanderud og Reinsvoll til nytt hovedsykehus, og det bør vurderes hvilke tilbud som kan ligge desentralt og eventuelt samlokaliseres med de somatiske tilbudene som blir værende i Mjøsbyene. SI Lillehammer bør som et minimum beholde et tilbud innen akutt indremedisin, dagbehandling og poliklinikk. Som turist- og aktivitetsdestinasjon bør det også som et minimum opprettholdes tilbud innen akutt ortopedi, i kombinasjon med elektiv kirurgi ved SI Lillehammer. Begrunnelse for utredning av modell 2B bes også lagt til grunn ved utredning av modell 3C.</p>	<p>Det bør vektlegges en balansert utvikling i regionen. Investeringer av den størrelsen det her er snakk om er en stor mulighet for næringslivet i Innlandet, og SIHF bør allerede på planleggingsstadiet legge opp til en prosess der lokale bedrifter får anledning til å kvalifisere seg inn mot kommende oppdrag. En plassering av hovedsykehuset utenfor et eksisterende bysentrum skaper utfordringer når det gjelder trafikk og utslipp av klimagasser. Ved justert 1A bør det sørges for gode kollektivløsninger som en del av prosjektet. Kort avstand til Oslo og svært godt utviklet infrastruktur i den sørlige delen av SIs opptaksområde gjør at SIs reelle tyngdepunkt ligger lenger nord enn det et hovedsykehus ved Mjøsbrua er ment å representere.</p>
-------------------------------	---	--

3.10 Lom kommune	Hovedsykehusmodellen med somatikk, psykiatri og rus samlokalisert vurderes å gi det beste tilbudet til pasientene i innlandet. Et hovedsykehus ved Mjøsbrua øker muligheten for avansert spesialisthelsetjeneste som i dag ikke er tilgjengelig i regionen, det vil gi robuste fagmiljø og høy kompetanse tilstede hele døgnet. Fordelene vurderes å veie opp for ulempene med lenger reisevei forutsatt at det etableres en faglig forsvarlig akuttberedskap. En egen plan for LMS 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 bør herunder etableres spesialistsenger som kan ivareta pasienter som krever spesialisert behandling. Det bør gjennomføres en risiko- og sårbarhetsanalyse med forslag til kompensierende tiltak for innbyggerne i Nord Gudbrandsdal og andre regioner med lang reisevei. Fokus på miljøvennlig persontransport er et viktig samfunnsmessig hensyn.	En plan for utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester lokalisert til LMS må ha en sentral plass og være en integrert del av fremtidig sykehusstruktur. Sykehuset må være mer konkrete og forpliktende i forhold til oppbyggingen av LMS.
3.11 Lunner kommune	Det er viktig at det i fremtiden blir ett hovedsykehus i Innlandet som kan tilby et helhetlig og samordnet behandlingstilbud både innenfor somatikk og psykiatri. En ser behovet for at dette hovedsykehuset plasseres sentralt innenfor Mjøsbyene Gjøvik, Lillehammer og Hamar. Dersom hovedsykehuset plasseres nord for Gjøvik må det samtidig arbeides med å få på plass bedre offentlig kommunikasjon. Faglige begrunnelser må tillegges avgjørende vekt ved vurdering av fremtidig sykehusmodell. Viktig å realisere etablering av desentraliserte tjenester i Hadeland. Hele behandlingsskjeden må beskrives i planlegging av ny sykehusstruktur. Viktig å avklare hvilken innvirkning investering i nytt hovedsykehus vil få for Sykehuset Innlandet sin økonomi og hva dette igjen kan bety for kommune i form av meransvar for pasientbehandlingen.	
3.12 Løten kommune	Hovedsykehus ved Mjøsbrua med somatikk, psykisk helsevern og rus (1A) vil gi det beste tilbudet til pasientene i Innlandet. Hovedsykehus må kombineres med desentraliserte spesialisthelsetjenester herunder spesielt innenfor poliklinikk og dagbehandling. Enig i konklusjonen i idéfaserapporten om at det vil være bedre å realisere hovedsykehusmodellen trinnvis fremfor å vurdere to- eller tre-sykehusmodeller. Løten kommune ønsker derfor ikke å mene noe om to- og tre-sykehusmodellene.	Stort ubenyttet potensial når det gjelder hvilke spesialisthelsetjenester som kan utvikles i fellesskap med primærhelsetjenesten. Legevakt, kommunalt ø-hjelp døgntilbud, intermedieærplasser, forsterkede skjermede enheter m.m. kan lokaliseres i frigjorte sykehusarealer. Dette må utredes nærmere i konseptfasen. Det viktigste samfunnsmessige hensynet er hensynet til pasientene.

3.13 Nord-Fron kommune	<p>Nord-Fron kommune anbefaler at konseptfasen utreder nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua (hovedsykehusmodellen) med poliklinikk og dagbehandling i dagens sykehusbyer i Mjøsregionen. Alternativet til denne modellen er ett hovedsykehus i Oppland (Lillehammer) og ett i Hedmark (Sanderud), jf. modell 2E. Både hovedsykehus og modell 2E gir mulighet for samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og rus. To-sykehusmodellen gir imidlertid dårlig ressursutnyttelse og fortsatt bruk av eldre/dårlige bygg. Nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua vil gi en noe lenger reiseavstand. Dette må veies opp mot et mere komplett og samlet fagmiljø, styrking av LMS og lokal beredskap. SI har ikke gitt god nok informasjon om hvordan det skal være tilstrekkelige drift- og investeringsmidler til både å drifte et nytt hovedsykehus og flere av eksisterende sykehus.</p>	<p>Tverrfaglige ambulerende team/sykebiler for støtte til kommunene, kompetansesenter for ansatte i primær og spesialisthelsetjenesten samt kompetansesenter for IKT satsing er eksempler på tjenester som kan utvikles i fellesskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Tjenester som kan lokaliseres i frigjorte sykehuslokaler er medisinske laboratorietjenester, akuttmottak mindreårige flyktninger, fosterhjemtjeneste, rehabilitering/habilitering, fosterhjemtjeneste mm. Hovedsykehusmodellen vil gi best tilbud for pasientene i Innlandet. Dette forutsetter styrking av prehospitale tjenester og CT og trombolysetilbud ved NGLMS og/eller Lillehammer sykehus. Best integrering av psykisk helsevern og rus vil skje gjennom modellene 1A og 2E. Transport og miljø representerer de viktigste samfunnsmessige hensyn.</p>
3.14 Nord-Odal kommune	<p>Modell 1A med sentralsykehuspsykiatrien samlet i hovedsykehuset (med tillagt poliklinikk og dagbehandling i dagens sykehusbyer i Mjøsregionen) er den beste modellen for kommunene. Dette gir best integrering av somatikk, rus og psykisk helse. Det er viktig at dette blir en reell motvekt mot fagmiljøene i Osloregionen og at det satses på forskning og utvikling. Primært opptatt av at utvikling av desentrale tjenester må skje i samarbeid med kommunene og på kommunene sine premisser. Når tilbud sentraliseres så må det kompenseres med økt tilgjengelig for brukerne. Desentralt tjenestetilbud, økt kollektiv transport og dedikerte helseekspresser, økt prehospitale tjenester mv. Det understrekes også at samarbeid rundt legevaktstjenester (radiologi, laboratorie, veiledning innenfor både rus/psyk og somatikk, telefonkonsultasjoner, telemedisin som eksempelvis tolkning av EKG mv) er viktig for å sikre gode desentrale tjenester i en god samarbeidsflate mellom foretak og kommuner. Skal det velges en annen struktur enn en hovedsykehusmodell, er Kongsvingerregionen er av den oppfatning at alternativ to-sykehusmodellene best ivaretar befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. I en slik modell er regionen er av den oppfatning at områdefunksjonene bør samles rundt Elverum og Gjøvik. Kongsvingerregionen har forståelse for at det av faglige vurderinger er krevende å beholde Kongsvinger som fullverdig akuttsykehus. Kommunene vil allikevel understreke at det innenfor kirurgi som et minimum må opprettholdes elektiv kirurgi og et fullverdig fødetilbud.</p>	<p>Prosess med foretakstilhørighet for Kongsvinger og prosess med ny sykehusstruktur kan ikke ses uavhengig av hverandre. Beslutninger knyttet til fremtidig sykehusstruktur og beslutning om foretakstilhørighet må være sammenfallende i tid slik at kommunen gis anledning til å se helheten i prosessen. For å støtte opp under visjonen "Pasientens helsetjeneste" vil desentraliserte tjenester være helt essensielt for fremtidens spesialisthelsetjeneste. Psykisk helsevern, rus, rehabilitering, geriatri og onkologi er oppgaver som bør utvikles i samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder samfunnsmessige hensyn er det viktig at en sentralisering av tilbudet kompenseres med økt tilgjengelighet for brukerne (desentralisert, bedre transportmuligheter m.m.). Fremtidens utfordringsbilde vil for øvrig i stor grad handle om kompetanse og personell.</p>

3.15 Ringebu kommune Foretrekker en to-sykehusmodell med akuttsykehus i Lillehammer og Elverum (2B), men anbefaler også hovedsykehus ved Mjøsbrua (1A) utredet. Et stort akuttsykehus på Lillehammer og Elverum vil for de fleste formål gi fullverdig sykehus sentralt i begge fylker og samtidig sikre videre bruk av bygningsmasse. Av to-sykehusmodellene som er utredet er det bare alternativ 2B som er "liv laga". En modell med hovedsykehus med alle funksjoner ved Mjøsbrua og noe virksomhet i Elverum, Hamar, Gjøvik og Lillehammer tas med i den videre planleggingen. Sentralsykehusfunksjonene innen psykisk helsevern og rus overføres til hovedsykehuset. En forutsetning er at det opprettholdes et aktivitetsvolum ved SI Lillehammer med tilbud innen akutt indremedisin, dagbehandling og poliklinikk på 70 % av dagens nivå og at dette følges opp med tilstrekkelige investeringsmidler. Plassering av hovedsykehus utenfor eksisterende byer forutsetter gode kollektivløsninger som en del av prosjektet. Ringebu kommune mener at det er bedre å fortette eksisterende byer enn å bygge nye. Overføring av oppgave til kommunene må utvikles under veiledning fra spesialisthelsetjenesten (eks rehabilitering).

3.16 Ringsaker kommune Høringsdokumentet representerer et godt beslutningsgrunnlag for ny sykehusstruktur. Sykehusstruktur må vurderes i et langsiktig perspektiv. Pasientens behov må være førende for struktur og innhold i tjenesten. Blant annet på bakgrunn av økningen i antall eldre vil det være stort behov for en klar og entydig sykehusadresse for et best mulig komplett faglig tilbud. Modell 1A med hovedsykehus ved Mjøsbrua og poliklinikk/ dagbehandling i Elverum, Lillehammer, Gjøvik og Hamar er den mest fremtidsrettede modellen for Innlandet. Ringsaker kommune finner det ikke hensiktsmessig å foreta noen nærmere vurdering av to og tre- sykehusmodellene ut fra bl.a. ut fra mindre komplette tilbud, mindre sentralt beliggende og dårligere bærekraft. Et hovedsykehus ved Mjøsbrua vil være en av de største driverne for vekst og utvikling i Innlandet. Opptatt av at det i størst mulig grad etableres helhetlige pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

3.17 Skjåk kommune	<p>Hovedsykehusmodellen med somatikk, psykiatri og rus samlokalisert vurderes å gi det beste tilbudet til pasientene i innlandet. Et hovedsykehus ved Mjøsbrua øker muligheten for avansert spesialisthelsetjeneste som i dag ikke er tilgjengelig i regionen, det vil gi robuste fagmiljø og høy kompetanse tilstede hele døgnet. Fordelene vurderes å veie opp for ulempene med lenger reisevei forutsatt at det etableres en faglig forsvarlig akuttberedskap. En egen plan for LMS 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 bør herunder etableres spesialist senger som kan ivareta pasienter som krever spesialisert behandling. Det bør gjennomføres en risiko- og sårbarhetsanalyse med forslag til kompensierende tiltak for innbyggerne i Nord Gudbrandsdal og andre regioner med lang reisevei. Fokus på miljøvennlig persontransport er et viktig samfunnsmessig hensyn.</p>	
3.18 Stange kommune	<p>Modell med hovedsykehus i Moelv hvor rus, psykisk helsevern og somatikk samles (modell 1A) vil gi det beste tilbudet til pasientene i Innlandet. Det vil fremover bli stilt høyere krav til spesialisering og tverrfaglighet for å kunne tilby pasientene det beste. Større pasientvolum legger til rette for robuste fagmiljøer og kan gi høyere kvalitet. Hovedsykehusmodellen stiller ekstra krav til godt tilpassede prehospitaltjenester. Dersom tanken om et hovedsykehus blir forlatt, legges til grunn ett sykehus i hvert fylke hvor Sanderud peker seg ut som naturlig lokalisering for sykehuset i Hedmark.</p>	<p>Et stort og uutnyttet potensiale for utvikling av spesialisthelsetjenester i fellesskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Kommunene kan ta over flere oppgaver på rehabiliteringsområdet. Legevakt, kommunalt ø-hjelp døgntilbud og kommunale-/spesialisthelsetjenestedrevne poliklinikker m.m. kan lokaliseres i frigjorte sykehuslokaler. Ønsker ikke å mene noe om to- eller tresykehusmodellen, da hovedsykehusmodellen oppfattes å være vesentlig bedre for innbyggerne. Det aller viktigste samfunnsmessige hensynet er hensynet til pasientene.</p>
3.19 Stor-Elvdal kommune	<p>Anbefaler et hovedsykehus ved Mjøsbrua med behandling innen somatikk, psykisk helsevern og rus. En fremtidig sykehusmodell må sikre at innbyggerne i de ulike delene av Innlandet gis et likeverdig tilbud. Sykehuset i Elverum utvikles med en større enhet innenfor elektiv kirurgi; endelig innhold avklares i konseptfasen. Det er viktig å opprettholde sykehus med akuttfunksjoner og visse spesialisttjenester på Kongsvinger og Tynset. Sykehuset Innlandet HF må i det videre arbeidet vektlegge desentralisering av oppgaver, slik at de tjenester som kan utføres lokalt, legges til mindre akuttsykehus og lokal medisinske sentre.</p>	<p>Gode prehospitaltjenester er en nødvendighet i en region, som er veldig spredt bebodd. Dette inkluderer en god helikoptertjeneste som dekker de områdene hvor det er langt til akutt sykehus. For Innlandet sin del bør en ny helikopterbase komme i tillegg til den eksisterende på Dombås. Tilknytningen til Kongsvinger sykehus må avklares.</p>

3.20 Sør-Fron kommune	Ønsker et svært godt kvalitativt tilbud for innbyggerne, der alle får den beste behandlingen når de trenger det- uansett sykdom. Ønsker derfor at utredning av hovedsykehus ved Mjøsbrua blir fullført. Sykehuset på Lillehammer fungerer i dag svært godt - når det gjelder kommunikasjon og reiseavstand. Med bakgrunn i dette ønskes modell 1A med poliklinikk og dagbehandling i sykehusbyene i Mjøsregionen.	
3.21 Tolga kommune	Den fremtidige sykehusstrukturen for Innlandet må innebære at Tynset består som lokalsykehus med akuttfunksjoner i kirurgi og indremedisin og med lokal ledelse. Hovedsykehus med samlokalisering av somatikk, psykiatri og rus støttes, men det er nødvendig med ytterligere avklaringer før det kan tas stilling til hvilken hovedsykehusmodell. Savner beskrivelse av hvilke utfordringer en hovedsykehusmodell vil gi (trykk i akuttmottak, kapasitetsutfordringer, turnover på personell m.m.). Ambisjonene for de desentraliserte tjenestene må beskrives tydelig i forhold til investeringer, drift og videre utvikling (både DPS, LMS og Tynset og Kongsvinger).	Med Tolgas beliggenhet nord i Østerdalen er det viktig med plassering av et nytt hovedsykehus i nærheten av Hamar. Hamar er i dag et knutepunkt for Gudbrandsdalen, Østerdalen og mot Oslo. Ut fra dette må ambisjonene inneholde nødvendige investeringer og satsninger for denne delen av foretaket inn i en fremtidig modell.
3.22 Trysil kommune	Ett sentralsykehus i hvert fylke, hvorav det ene er samlokalisert med psykiatrien, vil være den beste rammen for fremtidens sykehusstruktur i Innlandet. Dette vil gi best dekningsgrad for akutt syke/tilskadekomne pasienter vurdert utfra den samlede ø-hjelpsbefolkning i regionen. To sykehus vil også kunne bistå 1.linjen bedre. Sentralisering til ett sykehus vil kreve en betydelig innsats fra 1. linjetjenesten. Det vil også være fare for at det blir for stort fokus på grenspesialisering i forhold til en helhetlig behandling i et så stort hovedsykehus.	Ønsker å fortsette utviklingen av desentraliserte tjenester fra 2. linje. Ser mulighet for ytterligere utvikling av samarbeidet innenfor røntgen, ortopedi og andre områder. Samfunnsanalysedelen inkluderer ikke lokale og regionale forutsetninger godt nok. En velutviklet førstelinjetjeneste er av aller viktigste betydning. Vil også peke på viktigheten av preshospitale tjenester hvor det er behov for å utvide/styrke ambulanskapasiteten og etablere ny helikopterbase. En betydelig reiselivsnæring og hyttebeboere i Trysil må tas med i struktur- og kapasitetsvurderinger.
3.23 Tynset kommune	Den fremtidige sykehusstrukturen for Innlandet må innebære at Tynset består som lokalsykehus med akuttfunksjoner i kirurgi og indremedisin og med lokal ledelse. Hovedsykehusmodellen støttes, men det er nødvendig med ytterligere avklaringer før det kan tas stilling til hvilken hovedsykehusmodell. Savner beskrivelse av hvilke utfordringer en hovedsykehusmodell vil gi (trykk i akuttmottak, kapasitetsutfordringer, turnover på personell m.m.). Ambisjonene for de desentraliserte tjenestene må beskrives tydelig i forhold til investeringer, drift og videre utvikling (både DPS, LMS og Tynset og Kongsvinger).	

3.24 Vestre Toten kommune	Konklusjonen om hva som er riktig strukturvalg kan først trekkes når konseptfasen har gått i dybden på flere enn et alternativ. Det ønskes at to modeller utredes videre i konseptfasen: Ett hovedsykehus for Innlandet, alternativ 1E, med balansert løsning for desentraliserte spesialisthelsetjenester ved eksisterende sykehus og alternativ 3A, en tre-sykehusmodell med to akuttsykehus i Oppland og ett i Hedmark (Elverum). Sentralsykehusfunksjonene må beholdes på Reinsvoll uavhengig av modell.	
3.25 Våler kommune	Anbefaler ett hovedsykehus/ sentralsykehus i hvert av de to fylkene, hvor sykehuset i Hedmark lokaliseres til Elverum. Ett felles hovedsykehus for Hedmark og Oppland vil være mer sårbar enn to sykehus (driftsproblemer, sykehusinfeksjoner, terror). Ett felles hovedsykehus vil medføre lengre reisevei for de fleste ansatte og fraflytting av dagens vertskommuner. Det er ikke sykehusstrukturen som skal styre samfunnsutviklingen. Reiseavstanden for de fleste pasientene vil bli lengre med ett hovedsykehus. Investeringsbehovet ved å bygge nytt hovedsykehus vil bli så høye at det vil belaste sykehusbudsjettet / bemanningsbudsjettet over lang tid. Dette vil trolig også ramme pasienttilbudet.	Ønsker tettere samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten velkommen. I tillegg til psykisk helsevern er det ønskelig med samhandling innenfor felter som geriatri, pediatri, dialyse, ØNH, øye, nevrologi, diabetes, smertebehandling og rehabilitering. Lite sannsynlig at det blir frigjort sykehuslokaler i Hedmark i nær fremtid. Advarer mot samfunnsmessige og miljømessige konsekvenser av å bygge hovedsykehus ved Mjøsbrua og viser til Nasjonale føringer i Meld. St. 18 (2016-2017) om bl.a. styrking av bymiljøer.
3.26 Østre Toten kommune	Støtter hovedsykehus (justert modell 1A) med poliklinikk og dagbehandling i dagens sykehusbyer i Mjøsregionen. Strukturen må bidra til en balansert regional utvikling, et utvidet felles bo- og arbeidsmarked og en bærekraftig byutvikling rundt Mjøsa. Dersom statlige føringer om plassering i by skal følges, må hovedsykehuset lokaliseres i Gjøvik. En viktig forutsetning for en hovedsykehusløsning er at målsettinger som er lagt for desentraliserte tjenester følges opp (desentralisering av det som kan og sentralisering av det som må)	Oppgaver innen geriatri, habilitering og rehabilitering, dialyse, DPS, LMS og billediagnostikk kan være fremtidige samarbeidsområder. Legevakt, KAD, fastleger, helsestasjon, interkommunale primærhelsetjenester, avtalespesialister, NAV m.m. er tjenester som kan være aktuelle for lokalisering i frigjorte sykehusarealer. Av hovedsykehusmodellene er det modell 1A/justert 1A som vil gi det beste tilbudet til pasientene i Innlandet. Østre-Toten mener ingen av to- eller tre-sykehusmodellene vil gi befolkningen det beste tilbudet. Dersom noen av disse modellene allikevel skal utredes vil Østre Toten peke på 2D og 3B der Gjøvik får tildelt akutte områdefunksjoner. Samarbeid med NTNU bør vektlegges i to- og tre-sykehusmodellene. Et hovedsykehus bør legges i eller inntil en av de tre store Mjøsbyene. Av Mjøsbyene er Gjøvik den beste lokaliseringen. Uansett lokalisering av hovedsykehus er det viktig å opprettholde sykehusaktivitet ved dagens sykehus.

3.27 Øyer kommune	<p>Øyer kommune ønsker at alternativ 2B, med stort akutt sykehus på Lillehammer og Elverum og de akutte områdefunksjonene samlet på SI Lillehammer tas med i den videre planleggingen. Samtidig erkjenner Øyer at det kan være vanskelig å oppnå den nødvendige støtten for et nytt sykehus med et alternativ som gjør at en eller flere av Mjøsbyene får sykehusutvikling på bekostning av de andre. I den grad dette fører til langvarig diskusjon og omkamper kan SIHF i verste fall miste sin prioritet i investeringsmiddelplanen til Helse Sørøst. Innlandet kan i så fall også miste investeringer på 10-12 milliarder kroner, som i seg selv kan være viktig for utvikling av lokal industri og næringsliv. Dette vil i så fall føre til at det må opprettholdes virksomhet ved alle eksisterende sykehus. Siden man må forvente at samlingen av fagfunksjoner vil gå sin gang, vil dette medføre at stadig flere pasienter må forholde seg til flere sykehus, med den usikkerhet og fare for manglende helhet i behandlingstilbudet dette kan medføre. Med utgangspunkt i dette anser Øyer kommune at en justert modell 1A, dvs. hovedsykehus med alle funksjoner ved Mjøsbrua og noe virksomhet i Elverum, Hamar, Gjøvik og Lillehammer, er et alternativ som kan tas med i den videre planleggingen, forutsatt at det opprettholdes et aktivitetsvolum knyttet til aktiviteter omtalt i punkt 4 tilsvarende 70 % av dagens aktivitetsvolum ved SI Lillehammer, og at dette følges opp med tilstrekkelig investerings- og driftsmidler i hele periodene fram mot 2040.</p>	<p>Det bes om at turistene og de deltidsboende sitt behov for spesialisthelsetjenester utredes ytterligere. De prehospitale tjenestene, ambulanse- og helikoptertransporten må styrkes, samt at det utredes hvordan endringene i arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten skal skje.</p>
3.28 Øystre Slidre kommune	<p>Støtter en modell med hovedsykehus. Mangel på spisskompetanse og endring i sykdomspanoramaet vil være store endringsdrivere i årene fremover. Det vil ikke være økonomi, personell eller kompetanse til å opprettholde dagens oppdelte sykehusstruktur. Et hovedsykehus i Innlandet vil redusere pasientlekkasjen til Oslo. Viktig å satse på akuttmedisinsk beredskap ved Valdres LMS samt prioritere prehospitale tjenester. Et nytt hovedsykehus bør plasseres i nær tilknytning til utdanningsinstitusjon med universitetsstatus. Viktig med sterke lokalmedisinske sentra i Oppland og Hedmark.</p>	

3.29 Åmot kommune	Støtter en modell med ett hovedsykehus/sentralsykehus i hvert fylke hvor sykehuset i Hedmark lokaliseres til Elverum. Ett felles hovedsykehus for Hedmark og Oppland vil være mer sårbar enn to sykehus (driftsproblemer, sykehusinfeksjoner, terror). Ett felles hovedsykehus vil medføre lengre reisevei for de fleste ansatte og fraflytting av dagens vertskommuner. Det er ikke sykehusstrukturen som skal styre samfunnsutviklingen. Reiseavstanden for de fleste pasientene vil bli lengre med ett hovedsykehus. Investeringsbehovet ved å bygge nytt hovedsykehus vil bli så høye at det vil belaste sykehusbudsjettet/bemanningsbudsjettet over lang tid. Dette vil trolig også ramme pasienttilbudet.	Ønsker tettere samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten velkommen. I tillegg til psykisk helsevern er det ønskelig med samhandling innenfor felter som geriatri, pediatri, dialyse, ØNH, øye, nevrologi, diabetes, smertebehandling og rehabilitering. Lite sannsynlig at det blir frigjort sykehuslokaler i Hedmark i nær fremtid. Advarer mot samfunnsmessige og miljømessige konsekvenser av å bygge hovedsykehus ved Mjøsbrua og viser til Nasjonale føringer i Meld. St. 18 (2016-2017) om bl.a. styrking av bymiljøer. Lang transporttid for Åmots befolkning med høye kostnader for kommunen og arbeidsgivere ved besøk på poliklinikk og for å følge pasient til et Mjøssykehus. Andel ambulansetransporter vil øke og flere vil ha behov for drosje. Mulighet for offentlig transport til Biri nærmest ikke-eksisterende. Færre jobbmuligheter for innbyggere i Åmot. Det tas ikke hensyn til innslaget av turisme i Østerdal. Bygging av storsykehus ender ofte med pris langt over kostnadsrammen.
----------------------	---	--

Høringsinstans	Argumenter og forutsetninger	Merknader til høringstemaer
4. Statlige myndigheter, utdanningsinstitusjoner og helseforetak	<ul style="list-style-type: none"> • til saken • til høringsdokumentet • til prosessen • hva høringsinstansen fremhever som mest vesentlig ved en fremtidig sykehusstruktur • eventuelle forutsetninger fra høringsinstansen • forventninger når det gjelder videre utredninger, herunder forhold som ønskes særlig belyst eller dokumentert 	<ul style="list-style-type: none"> • Desentralisering • Valg av modell • Samlokalisering av psykisk helsevern, rus og somatikk • Hovedsykehusmodell • To- eller tre-sykehusmodell • Samfunnsmessige konsekvenser

4.1
Bane NOR

Før det velges lokalisering av sykehus må det gjennomføres en konsekvensvurdering eller mulighetsstudie med tilhørende mobilitetsanalyse for alternativene. Valg av lokalisering må bygge opp under samordnet areal- og transportplanlegging. Viktig at sykehus lokaliseres nær kollektivknutepunkt for å øke kollektivandelen. Det må legges opp til en parkeringspolitikk som spiller på lag med regionens kollektivtilbud. Velges plassering av nytt sykehus ved Mjøsbrua forventes at sykehuset ligger i gangavstand til Moelv stasjon. Ved dette alternativet forventes det også at Bane NOR blir tett involvert.

4.2 Fylkesmannen i Hedmark	<p>Rapporten er en grundig gjennomgang av de utfordringer som spesialisthelsetjenesten i Oppland og Hedmark står overfor i årene som kommer. Sammen med samfunnsanalysen gis det omfattende og detaljert informasjon om dagens spesialisthelsetjenestetilbud i fylkene, og hvilke endringsbehov som skal imøtekommes. Er enig i de utviklingstrekk som skisseres, og ønsker at det legges større vekt på muligheten for rekruttering av kompetent fagpersonell, og hvilke konsekvenser «en endret pasientrolle» vil ha for utviklingen. For å sikre et fagmiljø som virker attraktivt for personell er det viktig at sykehusene i Innlandet får etablert et fremtidsrettet sykehusstilbud. Utviklingen i de andre fylkene på Østlandet tilsier at det haster med å få til en sykehusstruktur som kan tilby faglig utfordrende oppgaver i et større og mer helhetlig sykehus. Fylkesmannen støtter hovedsykehus for Hedmark og Oppland ved Mjøsbrua, med både somatiske og psykiatriske sykehus-avdelinger. Et felles hovedsykehus forutsetter en god samhandling med kommunene og en fornuftig arbeidsdeling med de gjenværende sykehus (Tynset og Kongsvinger) og de lokalmedisinske sentrene. Understreker særlig behovet for samlokalisering av psykiatri og somatikk, som er begrunnet i mange tidligere sentrale dokumenter og understrekes i den nasjonale helse- og sykehusplanen.</p>	<p>Et hovedsykehus er en stor investering og vil ha betydelige ringvirkninger for utviklingen i fylkene utover selve sykehusutbyggingen og den styrkede fagligheten som dette vil bidra til. Det vil gi nye muligheter og øke regionens tiltrekningskraft når det gjelder ny og framtidrettet næringsvirksomhet. Det er derfor viktig at beslutningen om et hovedsykehus ikke på nytt blir utsatt. Innlandet er et stort geografisk område med en relativt liten befolkning med landets største andel av innbyggere i spredtbygde strøk. Nær halvparten av innbyggerne bor i Mjøsregionen. Dette stiller store krav til samspeillet mellom et felles hovedsykehus, de lokale sykehusene, lokalmedisinske sentra, primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten. Mulighetene for desentralisering av tjenester er bare generelt omtalt i rapporten, og tar ikke innover seg hvilke erfaringer man faktisk har med økt kompetanse og bedre faglig innhold i de kommunale tjenestene. I det videre arbeidet vil det være nødvendig å spesifisere nærmere hvilke tjenester som det er formålstjenlig å desentralisere i sykehusene utover det som allerede gis f.eks. i DPS-enhetene og lokalmedisinske sentra. Med de økte kompetansekrav og krav til intern faglig samhandling som sykehusene står overfor er vi i tvil om hvor stort omfanget av tjenester som kan desentraliseres vil være.</p>
----------------------------------	---	--

4.3 Fylkesmannen i Oppland	Fylkesmannen anbefaler en sykehusstruktur i Innlandet hvor spesialistkompetansen samles i et hovedsykehus ved Mjøsbrua, samtidig som det utvikles tjenestetilbud lokalt. Et hovedsykehus kan gi gode muligheter for faglig spesialisering, solide fagmiljøer, forskning og innovasjon. Dette vil kunne fremme kompetanseutvikling, forskning og innovasjon, med blant annet stillinger som kombinerer klinisk arbeid og forskning, samarbeidsorganer, felles beredskapsøvelser, felles prosjekter og felles vitenskapelige publikasjoner.	I utviklingen av helsetjenesten i et spredt befolket område som Innlandet er det spesielt viktig å finne en god balanse mellom det som best kan gjøres sentralt og det som kan skapes lokalt. De nåværende sykehusene og LMSene kan i fremtiden inneha mange forebyggende og terapeutiske tjenester som befolkningen trenger, som lærings- og mestringstilbud, fysio- og ergoterapi, frisklivstilbud, opptrenings- og rehabiliteringstilbud og tannhelsetjenester. Fremtidige behov og teknologisk utvikling vil kunne påvirke arbeidsformer, f.eks. ved ambulerende, tverrfaglige team og teknologiske løsninger som telemedisin og e-konsultasjoner. Vi ser at dette vil kunne gi muligheter i bruken av de nåværende sykehusene og LMSene i Innlandet, som kan bidra til tilgjengelighet for pasientene. Større fleksibilitet med hvor og hvordan spesialisthelsetjenestene leveres vil også kunne styrke samarbeidet med kommunale helse- og omsorgstjenester og det forebyggende arbeidet. Fylkesmannen vektlegger mulighetene for utvikling av «Innlandsbyen» eller «Mjøsbyen» som en felles bo- og arbeidsmarkedsregion. Dette vil etter Fylkesmannens vurdering kunne bli en motor for vekst og utvikling i Innlandet. I en slik sammenheng vil lokalisering av hovedsykehus ved Mjøsbrua være en sterk og drivende faktor. Samtidig er et hovedsykehus ved Mjøsbrua det alternativet i utredningen som vil gi den største økningen i transportbehovet. Fylkesmannen forutsetter derfor i sin vurdering at aktuelle regionale og statlige aktører forplikter seg til en helhetlig og miljøvennlig kollektivsatsing.
4.4 Høgskolen i Innlandet (HINN)	Trekker frem helsefaglig forskning og utdanning som viktig for både høgskolen og sykehusene. Videreutvikling av dette samarbeidet kan gjøre det mulig å utvikle og tilby betydelig kompetanse i Innlandet. Fremtidig struktur må være i stand til å opprettholde volum og kvalitet på praksisplasser. Samarbeid innen helse- og sosialfag kan videreutvikles i flere alternative sykehusstrukturer, men innenfor enkelte fag- og spesialistfunksjoner krever dette samling av fagmiljø innen Sykehuset Innlandet. Et viktig virkemiddel for å realisere endringer i sykehusstruktur, er å utvikle intermedisæravdelinger og ambulerende team i kommunehelsetjenesten, flere palliative enheter og akuttmedisinske sentre.	Dersom fremtidig struktur frigjør lokaler i eksisterende sykehus, kan de benyttes til pasienthotell, student-drevne avdelinger, eldrecenter eller sykehjemsavdelinger.

4.5 NTNU Gjøvik	<p>NTNU ser fram til Sykehuset Innlandets etablering av en framtidrettet sykehusstruktur i Innlandet med et felles hovedsykehus som samspiller godt med primærhelsetjenesten og kommunene – lokalsykehus/lokalmedisinske sentre; og som videre samspiller med spesialbehandling som allerede er region- eller funksjonsfordelt. NTNU har gode erfaringer med samlokalisering av utdanning og sykehus (St. Olavs Hospital i Trondheim). Ut i fra dette, og hvis det blir slik at et hovedsykehus må ligge i en by, hadde det vært mest fordelaktig om Sykehuset Innlandet hadde lagt hovedsykehuset med lokasjon i tilknytning til NTNU og campus Gjøvik. Hvis et nytt hovedsykehus plasseres ved Mjøsbrua, ønskes en gjennomgang av samarbeidsformer og synergieffekter i forhold til både utdannings- og forskningsmiljøene. Hvis andre modeller velges eller skal utredes nærmere, som for eksempel to- og tre-sykehusmodellene, så er det viktig å vurdere hva som kan lokaliseres av akuttfunksjoner til Gjøvik, og slik legges til rette for et tett samarbeid mellom Sykehuset Innlandet og NTNU.</p>	<p>Behandling av eldre rehabiliteringspasienter, barn med atferdsutfordringer, multisyke pasienter, habiliteringstjenestene (særlig de ambulante delene), og pasienter med behov for avansert medisinsk og helsefaglig oppfølging i hjemmet, bør skje i tettere samarbeid med primærhelsetjenestene. Sykehuslokalene kan også frigjøres til nye former for samarbeid og samspill mellom forskning, nyskaping, utdanning og praksis, f.eks. i form av ulike simuleringslokaliteter og fasiliteter. Uttalelsen fokuserer på de samfunnsmessige konsekvenser og muligheter til utvikling som endring i sykehusstrukturen gir. Det er svært viktig at sykehuset kan stille nok praksisplasser til rådighet, i forhold til utdanningsbehovet. Det bør utarbeides planer for jernbane- og vegutbygging i et langsiktig perspektiv. Base for ambulanshelikopter ved et hovedsykehus bør etableres.</p>
4.6 Oslo Universitets- sykehus	<p>Rapporten tar innover seg sannsynlig fremtidig utvikling (flere eldre, endret pasientrolle, mer poliklinikk/dagbehandling m.m.). Enig i at det legges opp til desentraliserte tjenester så langt det er mulig i tett samhandling med primærhelsetjenesten. Funksjons- og oppgavedeling med regionsykehus omtales i liten grad (med unntak av PCI). På kreftområdet tas det ikke stilling til om stråleterapi skal videreutvikles på Gjøvik eller etableres i hovedsykehuset. Rapporten erkjenner at det ikke er grunnlag for å desentralisere kreftkirurgi på grunn av behovet for stort pasientvolum. Integrering av somatikk, psykisk helsevern og rus er i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan.</p>	
4.7 Revmatisme- sykehuset Lillehammer	<p>Revmatismesykehusets spesielle rolle burde kommet bedre frem i utredningen. Revmatologi er en egen spesialitet og ikke en del av spesialiteten indremedisin slik det fremgår av utredningen. Revmatismesykehusets tilbud innen spesialisert revmatologisk rehabilitering burde vært nevnt. Enig i at revmatologi og revmakirurgi samles i en enhet. Ved valg av hovedsykehusmodell bør revmatologi lokaliseres ved hovedsykehuset.</p>	

4.8 Statens vegvesen Region Øst	Byutvikling og samordnet bolig, areal og transportplanlegging må tillegges større vekt når fremtidig sykehusstruktur skal velges. En konseptutredning må inneholde konseptuelt ulike alternativer der de samfunnsmessige konsekvensene utredes grundigere. Alternativer fra alle de fire hovedmodellene må derfor være med til denne fasen. Fokuset i utredningen er i all hovedsak regionalt nivå og ikke hvordan sykehuslokalisering påvirker byutvikling i de aktuelle områdene. Gjøvik og Lillehammer har vedtatt ATP strategier der arbeidsplasser i sentrum av byene er ett av virkemidlene for å skape attraktive byer. Hovedsykehus ved Mjøsbrua, enten ved Biri eller Moelv, vil svekke bærekraftig byutvikling for de større byene som mister/får redusert sine sykehus. To- og tre store akuttsykehus (modell 2 og 3) vurderes å være mer i tråd med statlige planretningslinjer. Statens vegvesen region Øst forutsetter at SI kobler seg på prosessen Oppland og Hedmark iverksetter vedrørende samordnet areal- og transportstrategi for Mjøsregionen.
---------------------------------------	--

Høringsinstans	Argumenter og forutsetninger	Merknader til høringstemaer
5. Fagforeninger og arbeidsgiverforeninger	<ul style="list-style-type: none"> • til saken • til høringsdokumentet • til prosessen • hva høringsinstansen fremhever som mest vesentlig ved en fremtidig sykehusstruktur • eventuelle forutsetninger fra høringsinstansen • forventninger når det gjelder videre utredninger, herunder forhold som ønskes særlig belyst eller dokumentert 	<ul style="list-style-type: none"> • Desentralisering • Valg av modell • Samlokalisering av psykisk helsevern, rus og somatikk • Hovedsykehusmodell • To- eller tre-sykehusmodell • Samfunnsmessige konsekvenser
5.1 Den Norske Jordmorforening i Sykehuset Innlandet	<p>DNJ er positiv til løsningen med et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua. For at denne modellen skal gi det beste tilbudet for pasientene, må det også finnes desentraliserte tilbud/gjenværende aktivitet ved dagens sykehus. Det må fortsatt være et desentralisert og differensiert tilbud for svangerskapskontroller, fødselshjelp og barseltid. Hovedsykehusmodellen ivaretar best føringen om at psykisk helsevern, rus og somatikk integreres. Lang reisevei vil gjøre arbeidsplassen mindre attraktiv. Samtidig vil det være lettere å enes om et hovedsykehus når det legges på nøytral grunn. Det må jobbes for et godt kollektivtilbud og god adkomst til sykehuset.</p>	<p>Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er tjenester som kan og bør utvikles i fellesskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Et samarbeid om jordmortjenesten vil kunne bidra til en desentralisert, differensiert og helhetlig tjeneste. Jordmødre innehar en spesialkompetanse som det må satses på. En sykehusstruktur med færre fødeavdelinger fordrer poliklinikkvirksomhet der fødeavdelingene fjernes. Ønsker ikke løsning med kun ett fødetilbud i Innlandet. Det bør derfor opprettholdes jordmorstyrte fødestuer. Hjemmefødsler bør inngå som en del av det offentlige tilbudet.</p>

5.2 Fagforbundet Sykehuset Innlandet, Hedmark og Oppland	Mener hovedsykehus ved Mjøsbrua vil gi det beste tilbudet til pasientene i Innlandet. Dagens psykiatriske sykehus må bevares som fullverdige, spesialiserte og høykompetente enheter. Alderspsykiatri, geriatri og uavklarte rusrelaterte tilstander bør utredes i samarbeid med medisinsk kompetanse. Mener man kan gjennomføre en samlokalisering av all behandling innen rusfeltet. anbefaler erfarings- og kompetanseutveksling mellom somatikk/psykiatri, uavhengig av lokalisering. Økt bruk av hospitering for post- og behandlende personell og fremtidige diagnostiske muligheter, vil redusere betydning av fysisk avstand. En hovedsykehusmodell forutsetter en videreutvikling av de prehospitale tjenestene. Alternativene til hovedsykehusmodell er 2D og 2E. I den kommende konseptfasen må dette alternativet også inkluderes og utredes.	Områder for fremtidig samarbeid: Rutinekontroll og oppfølging av diabetespasienter, oppfølgende behandling og rehabilitering av pasienter med KOLS, slag, nyresvikt, geriatri og pasienter med psykiske lidelser, samarbeid mellom sykehus og hjemme-rehabilitering som alternativ til sykehusrehabilitering, smerteklinikk inkl. ledd og muskel plager, behandling av barn (hjemmebehandling?), kreftbehandling med cellegift, palliativ behandling, MR, CT, UL og røntgen og blodtransfusjoner. Ø-hjelp senger og interkommunal legevakt kan etableres i frigjorte arealer. Legevakten får plass til å ha pasienter liggende til observasjon i stedet for at disse må legges inn ved en sengeavdeling. Må sikre trygge og gode transportalternativer, overnatting og parkeringsmuligheter for pasienter og deres pårørende. Tilrettelegge for samarbeid med kommunehelsetjenesten ved å stille behandlingsmiljøer og lokaliteter til disposisjon for ulike, kommunale prosjekter og interkommunale samarbeid.
5.3 Fellesforbundet Raufoss Jern- og Metallarbeider- forening	Anbefaler en modell med tre store og allsidige akutt sykehus (Lillehammer, Elverum og Gjøvik) samt akutt sykehus på Tynset og i Kongsvinger. Et nytt sykehus ved Mjøsbrua vil være en tap-tap situasjon for alle byene ved Mjøsa. Det vil generere mye transport av både pasienter og personell og forårsake vekst i trafikken til skade for miljø og økonomi. Innsparingspotensialet til drift er overdrevet, idet nåværende sykehus er kostnadseffektive. En hovedsykehusmodell truer akuttberedskapen ved de største sykehusene. Lillehammer, Elverum og Gjøvik må ha minst følgende akuttfunksjoner i en fremtidig modell: indremedisin, ortopedi, gastrokirurgi, anestesi, føde/gyn, psykiatri, røntgen og lab. Sykehuset på Hamar skal fortsatt komme til nytte som et elektivt spesialsykehus. Reinsvoll og Sanderud beholder sine akuttfunksjoner. Det må bli en ny høringsrunde når det er avklart hva som blir igjen på sykehusene i Oppland.	

5.4 Felles-organisasjonen (FO) Oppland

Anbefaler en modell med tre store og allsidige akuttsykehus (Lillehammer, Elverum og Gjøvik) samt akuttsykehus på Tynset og i Kongsvinger. Nåværende sykehus er kostnadseffektive og oppsparing av egenkapital til et hovedsykehus vil medføre uoverkommelige driftsproblemer. Foretakets økonomiske situasjon innbyr kun til moderat oppgradering av bygningsmassen. Det kan ikke påregnes at kommunene har økonomi til å avlaste sykehusene. Sengetallet i sykehusene bør økes jevnlig. Hamar gjøres om til elektivt spesialsykehus med vekt på små kirurgiske fag. Prehospitaltjenester og LMS videreutvikles og styrkes. Reinsvoll og Sanderud beholder akuttfunksjoner. Alderspsykiatriske sengeposter, poliklinikker og ambulante tjenester etableres ved de tre store akuttsykehusene. Spesialisert rehabilitering for slagpasienter opprettholdes på Solås.

5.5 Felles-organisasjonen (FO) Vestre Toten

Anbefaler en modell med tre store og allsidige akuttsykehus (Lillehammer, Elverum og Gjøvik) samt akuttsykehus på Tynset og i Kongsvinger. Nåværende sykehus er kostnadseffektive og oppsparing av egenkapital til et hovedsykehus vil medføre uoverkommelige driftsproblemer. Foretakets økonomiske situasjon innbyr kun til moderat oppgradering av bygningsmassen. Det kan ikke påregnes at kommunene har økonomi til å avlaste sykehusene. Sengetallet i sykehusene bør økes jevnlig. Hamar gjøres om til elektivt spesialsykehus med vekt på små kirurgiske fag. Prehospitaltjenester og LMS videreutvikles og styrkes. Reinsvoll og Sanderud beholder akuttfunksjoner. Alderspsykiatriske sengeposter, poliklinikker og ambulante tjenester etableres ved de tre store akuttsykehusene. Spesialisert rehabilitering for slagpasienter opprettholdes på Solås.

5.6 Hedmark legeförening – Den norske legeförening	Et hovedsykehus i Mjøsregionen med samling av fagmiljø vil gi det beste tilbudet til pasientene i Innlandet og bidra til å oppfylle visjonen om "Pasientens helsetjeneste". Samlokalisering av somatikk, psykiatri og rus støttes. For flere behandlingstilbud er det behov for et visst volum av pasienter (intervensjonsradiologi, PCI, avansert kirurgi m.m.). Fremtiden vil by på nye behandlingsmuligheter som vil kreve samarbeid mellom ulike spesialister og stort behov for kostbart teknologisk utstyr. Hovedsykehuset må ha hovedansvaret for det desentraliserte tilbudet. Dagens sykehusstruktur/Innlandsmodellen byr på vesentlige problemer pr dags dato og vil i økende grad skape problemer og utfordringer i årene fremover. Dersom modellen med hovedsykehus ikke lar seg gjennomføre, er to akuttsykehus i Mjøsregionen et bedre alternativ enn tre-sykehusmodellen. Legeföreningen er opptatt av å desentralisere tjenester som kan desentraliseres. Det kan være mange varianter av dette ut fra behov, ønsker, tradisjoner og geografi. Pasienter, fastleger og kommunene må tas med i arbeidet for å utvikle desentraliserte tjenester.
5.7 Hunton Arbeiderforening avd. 678 Fellesforbundet	Anbefaler en modell med tre store og allsidige akuttsykehus (Lillehammer, Elverum og Gjøvik). Nåværende sykehus er kostnadseffektive og oppsparing av egenkapital til et hovedsykehus vil medføre uoverkommelige driftsproblemer. Foretakets økonomiske situasjon innbyr kun til moderat oppgradering av bygningsmassen. Det kan ikke påregnes at kommunene har økonomi til å avlaste sykehusene. Sengetallet i sykehusene bør økes jevnlig. Hamar gjøres om til elektivt spesialsykehus med vekt på små kirurgiske fag. Prehospitale tjenester og LMS videreutvikles og styrkes. Reinsvoll og Sanderud beholder akuttfunksjoner. Alderspsykiatriske sengeposter, poliklinikker og ambulante tjenester etableres ved de tre store akuttsykehusene. Spesialisert rehabilitering for slagpasienter opprettholdes på Solås.
5.8 Kommunenes sentralforbund (KS), Hedmark og Oppland	Anbefaler utredning av nytt hovedsykehus med samling av somatikk, rus og psykiatri. Forutsetter at flest mulig tjenester blir desentralisert.

5.9
LO i Gjøvik, Nordre og Søndre Land, Østre og Vestre Toten og Valdres

Anbefaler en modell med tre store og allsidige akuttpsykiatriske sykehus (Lillehammer, Elverum og Gjøvik). Nåværende sykehus er kostnadseffektive og oppsparing av egenkapital til et hovedsykehus vil medføre uoverkommelige driftsproblemer. Hamar foreslås omgjort til elektivt spesialispsykiatriske sykehus og akuttfunksjoner overført til Elverum. Reinsvoll og Sanderud beholder sine akuttfunksjoner. Alderspsykiatriske sengeposter, poliklinikker og ambulante tjenester etableres ved de tre store akuttpsykiatriske sykehusene. Spesialisert rehabilitering for slagpasienter opprettholdes på Solås.

5.10
NITO Oppland og NITO Hedmark

For å lykkes med å gi pasientene best mulig kvalitet på helsetjenestene må det sikres best mulig fagmiljøer og best mulig motiverte medarbeidere. Hovedsykehusmodellen fremstår som beste alternativ, men en del viktige forutsetninger må oppfylles. Spesielt fremheves forhold knyttet til transportbelastning og behovet for å finne gode infrastrukturløsninger. Frigjorte sykehuslokaler bør benyttes til kompetansesenter for primærhelsetjenester og desentraliserte spesialisthelsetjenester. Hovedbekymringen er knyttet til økonomi. For å redusere risiko bør gjennomføring skje trinnvis med mulighet for å justere fremtidige byggetrinn. To-sykehusmodellen er den nest beste løsningen og et akseptabelt valg. Reinsvoll og Sanderud er robuste fagmiljøer som bør utvikles videre. Fordelene ved samlokalisering oppveier ikke tapet ved å flytte/ødelegge etablerte fagtilbud.

Frigjorte arealer i dagens sykehus kan benyttes til legesenter, interkommunal legevakt, helsesøster, barnevernstjeneste, akutte omsorgsplasser, senter for velferdsteknologiske løsninger i samarbeid med utdanningsinstitusjoner og primærhelsetjenesten. I tillegg kan spesialisthelsetjenesten ha dialyse, cellegift, blodtransfusjon, behandling av kronikere, tappestasjon for blodgivere, ambulansestasjoner, behandlingshjelpemidler, DPS, ambulerende psykiske team, elektiv virksomhet, isolat / smitterom, enklere bildediagnostikk og laboratorietjenester.

5.11 Norsk Sykepleierforbund (NSF) Hedmark	<p>Fremtidig sykehusstruktur må tilfredsstillere befolkningens krav og behov når det gjelder kvalitet og tilgjengelighet. Hele befolkningen må sikres et likeverdig tilbud, der pasientrettigheter, brukerrettigheter og medvirkning blir ivaretatt. Med en økende andel eldre og personer som utvikler og må leve deler av livet sitt med kroniske lidelser, vil flere ha behov for hjelp og oppfølging over tid, og på tvers av nivåer (kommune/spesialist). Utviklingen i helsetjenesten med økende spesialisering, kortere liggetid, forflytning mellom ulike nivå og forskyving av oppgaver, har gjort det stadig mer krevende å nå målet om helhetlige og koordinerte tjenester for pasientene. En hovedsykehusmodell hvor somatikk, psykisk helsevern og rus er samlokalisert (1A eller 1C) muliggjør et bedre tverrfaglig samarbeid og dermed økt kvalitet på pasientbehandlingen. Videre samles akutte områdefunksjoner og fagområder som er avhengige av hverandre. Det vil øke muligheten for spesialisering, øke samarbeidet innen avhengige fagområder og dermed øke kvaliteten på pasientbehandlingen. En endring av sykehusstrukturen vil ha samfunnsmessige konsekvenser samtidig som det skaper mulighet for utvikling. Et godt utbygd desentralisert tilbud vil styrke beredskapen ved ulykker, katastrofer og epidemier, lite desentralisering kan derimot gi en dårligere beredskap.</p>	<p>Eksempler på tjenester som kan samlokaliseres i frigjorte lokaler: Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsestasjonstjeneste, svangerskaps- og barselomsorgstjenester. Legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder base for hjemmetjenester, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, sykehjem og avlastningstiltak. Barnevern, Jordmor, PPT, Fysioterapi, Ergoterapi mm.</p>
---	--	--

5.12 Norsk Sykepleierforbund (NSF) Oppland	<p>Fremtidig sykehusstruktur må tilfredsstillere befolkningens krav og behov når det gjelder kvalitet og tilgjengelighet. Hele befolkningen må sikres et likeverdig tilbud, der pasientrettigheter, brukerrettigheter og medvirkning blir ivaretatt. Med en økende andel eldre og personer som utvikler og må leve deler av livet sitt med kroniske lidelser, vil flere ha behov for hjelp og oppfølging over tid, og på tvers av nivåer (kommune/spesialist). Utviklingen i helsetjenesten med økende spesialisering, kortere liggetid, forflytning mellom ulike nivå og forskyving av oppgaver, har gjort det stadig mer krevende å nå målet om helhetlige og koordinerte tjenester for pasientene. En hovedsykehusmodell hvor somatikk, psykisk helsevern og rus er samlokalisert (1A), med dagbehandling og poliklinikk på E, H, G og L muliggjør et bedre tverrfaglig samarbeid og dermed økt kvalitet på pasientbehandlingen. Videre samles akutte områdefunksjoner og fagområder som er avhengige av hverandre. Det vil øke muligheten for spesialisering, øke samarbeidet innen avhengige fagområder og dermed øke kvaliteten på pasientbehandlingen. Når modell er valgt, må det utredes videre hvilke tjenester og tilbud som kan desentraliseres, ut i fra prinsippet om at alt som kan desentraliseres, må desentraliseres. Det forutsettes at LMS - ene i Valdres, i Nord-Gudbrandsdalen og det forestående senteret på Hadeland, DPS-ene og BUP-ene forblir desentralisert som i dag. Disse må videreutvikles og ha nødvendig tilbud tilpasset framtidig behov. Det forutsettes også at prehospitale tjenester har høy kompetanse og at det etableres en luftambulansetjeneste i Mjøsområdet.</p>	<p>Eksempler på tjenester som kan samlokaliseres i frigjorte lokaler: Helsefremmende og forebyggende tjenester: helsestasjonstjeneste, svangerskaps- og barselomsorgstjenester. Legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Andre helse- og omsorgstjenester: base for hjemmetjenester, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, sykehjem og avlastningstiltak. Barnevern, Jordmor, PPT, Fysioterapi, Ergoterapi mm.</p>
5.13 Norsk Sykepleierforbund (NSF) Nord-Gudbrandsdalen	<p>Anbefaler at det arbeides videre med modell for nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua. Det er viktig med tilgjengelighet for offentlig kommunikasjon. En egen plan for utvikling av LMS må ha en sentral plass og være en integrert del av plan for fremtidig sykehusstruktur. SI må være konkret og forpliktende når det gjelder oppbygging av LMS. Hjemmesykepleietjenesten må styrkes og være godt utbygd. DPS med poliklinikker og døgnplasser må bevares/styrkes.</p>	

5.14 Næringslivets Hoved- organisasjon (NHO), Innlandet	SI må velge et stort sentralt sykehus i kombinasjon med å legge til rette for at så mange som mulig kan behandles lokalt. De lokale helsetilbud må beholdes/forsterkes. Kompetansesarbeidsplasser er viktig for en fremtidig sterk region. Et hovedsykehus i nærheten av et trafikk-knutepunkt omtrent like langt fra alle tre Mjøsbyer vil være det største fellestiltaket i Innlandet og kan bidra til å binde Innlandet ytterligere sammen. Dette vil gi stor merverdi for næringslivet i Innlandet. Et hovedsykehus kan også få betydning for prioritering av firefelts motorvei både sør-nord og øst-vest i Innlandet samt bidra til forsering av dobbeltspor til Lillehammer.
5.15 Oppland legeforening	Det er mange argumenter for å samle funksjoner til ett akuttisykehus, men det må da bygges stort nok. Enkelte behandlinger må sentraliseres, men de fleste pasienter krever ikke høyspesialisert kompetanse og vil kunne få veldig godt behandlingstilbud på et mellomstort sykehus. Stadig nedbygging av sengekapasiteten er bekymringsverdig. Oppland legeforening støtter ikke at det reduseres til ett akuttisykehus, men mener det må opprettholdes en flersykehusmodell.
5.16 Pensjonist- forbundet i Oppland	Går mot etablering av ett felles akuttisykehus for Innlandet. Foreslår allsidig akuttisykehus på Elverum og Lillehammer og akuttisykehus på Gjøvik. Lillehammer tilbakeføres til det allsidige sykehuset det var før SI ble etablert, med brystkreftkirurgi og urologi. Gjøvik bør ha ØNH-avd. for Oppland og være senter for stråleterapi og onkologi. Det må sikres stabilt tilbud ved LMSene på Fagernes og i Otta før det etableres LMS på Hadeland. Samarbeidet mellom legevakt ved LMSene og sykehusene må styrkes. Stiller spørsmålsteget ved behovet for samlokalisering av somatikk, psykiatri og rus.

5.17 Psykologforeningen i Hedmark	Høringssvaret har fokus på høringsspørsmålene 2 og 3. Uavhengig av løsning for de somatiske sykehusene, mener Psykologforeningen i Hedmark at enkelte av tilbudene innen psykisk helse bør samlokaliseres med et somatisk sykehus. Dersom man velger å samlokalisere psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk, vil man trolig ha en økt utveksling av kunnskap på tvers av områdene som vil komme pasienten til gode.	DPS bør beholdes i desentraliserte områder og det bør vurderes å samle enkelte eller alle sentralsykehusfunksjoner. Samlokalisering av psykisk helsevern, rus og somatikk vil gi økt utveksling av kunnskap på tvers som vil komme pasientene til gode. Iht. Nasjonal helse- og sykehusplan skal rus og psykisk helsevern prioriteres. Ved planlegging av ny sykehusstruktur håper vi dette følges opp.
5.18 Utdanningsforbundet Hedmark	Mener både en hovedsykehusmodell og to-sykehusmodell vil kunne ivareta fremtidens behov for adekvat medisinsk behandling. Modellene forutsetter at regioner utenfor Mjøsregionen må sikres et forsvarlig medisinsk helsetilbud, både i en akutt- og stabiliseringsfase. Dette vil kreve en betydelig bedre ambulansetjeneste. Påpeker nødvendigheten av at luftambulansetjenesten styrkes i Innlandet. Understreker betydningen av samhandling mellom fagområdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering, rehabilitering og somatikk.	En endring fra nåværende struktur til færre sykehus (ett eller to store akuttpsykehus) må dimensjoneres i forhold til fremtidig pasientgrunnlag. Det må tas høyde for at Mjøsregionen vil kunne få en langt større befolkningsvekst enn prognosene per i dag tilsier. Fire felts motorvei, dobbeltsporet jernbanelinje, nærheten til hovedflyplassen, oppgradering og modernisering av Mjøsbyene og økt næringslivsutbygging kan medvirke til dette.

Høringsinstans	Argumenter og forutsetninger	Merknader til høringstemaer
6. Politiske partier	<ul style="list-style-type: none"> • til saken • til høringsdokumentet • til prosessen • hva høringsinstansen fremhever som mest vesentlig ved en fremtidig sykehusstruktur • eventuelle forutsetninger fra høringsinstansen • forventninger når det gjelder videre utredninger, herunder forhold som ønskes særlig belyst eller dokumentert 	<ul style="list-style-type: none"> • Desentralisering • Valg av modell • Samlokalisering av psykisk helsevern, rus og somatikk • Hovedsykehusmodell • To- eller tre-sykehusmodell • Samfunnsmessige konsekvenser

6.1
Gjøvik SV

Et felles storsykehus for Hedmark og Oppland vil føre til en forverring fra dagens situasjon. Avstanden til nærmeste sykehus vil øke og konsentrasjon av arbeidsplasser på ett sted vil svekke lokalmiljøene andre steder. Samling i hovedsykehus vil også føre til nedgang i antall senger og personell. Ut fra et miljøperspektiv vil det også ha store negative konsekvenser å etablere nye arbeidsplasser for så mange utenfor en eksisterende by. I henhold til nasjonale retningslinjer skal viktige samfunnsinstitusjoner legges til eksisterende regionale sentra. Anbefaler en tre-sykehusmodell med Gjøvik, Lillehammer og Elverum som fullverdige akuttsykehus.

6.2 Hamar Arbeiderparti	Støtter modellen med felles hovedsykehus hvor somatikk, psykisk helsevern og rus er samlokalisert. Tar foreløpig ikke stilling til lokalisering. Dersom et hovedsykehus ikke lar seg realisere bør det etableres et nytt akuttstusykehus på Hamar til erstatning for dagens Hamar sykehus. Pasienten må være i fokus for spesialisthelsetjenesten i Innlandet og ikke fylkesgrenser. Dagens sykehusstruktur er ikke bærekraftig verken faglig eller økonomisk. Dagens fagmiljøer er små og sårbare og kostbart medisinsk utstyr må spres på for mange sykehus. Et hovedsykehus vil kunne ta seg av en større andel av pasientene i eget foretak. Det må legges til rette for at mest mulig behandling skjer lokalt. SI må snarest ta stilling til og kommunisere ønsket trinnvis investeringsstrategi og tilhørende funksjonsfordeling mellom sykehusene.	
6.3 Hamar Høyre	Det må bygges opp store og attraktive fagmiljøer i spesialisthelsetjenesten. Innlandet må bestrebe seg på å behandle mest og flest mulig selv. Dette sikres best ved at vi bygger opp ett hovedsykehus. Premissene for beliggenhet er imidlertid endret. Opprettholdelse av aktivitet i dagens sykehus og planer om færre ansatte ved hovedsykehuset betyr at argumentene for en beliggenhet ved Mjøsbrua bortfaller. Hamar er drivkraften i Innlandet, og derfor bør hovedsykehuset legges til Hamar. Alternative sentrale tomter i Hamar bør vurderes. Det er feil å beholde/ bygge opp en to- eller tre-sykehusmodell lokalisert på ulike steder med funksjonsdeling som ikke kan behandle hele pasienten. Er åpne for faglige råd og tett samarbeid knyttet til samling og fordeling av somatikk og psykiatri slik at dette blir hensiktsmessig og tilpasset lokale forhold.	Den utredede modellen ett hovedsykehus ved Mjøsbrua tar ikke i tilstrekkelig grad utgangspunkt i en oppdatert og realistisk befolknings- og samfunnsutvikling, vurdering av økonomiske tilgjengelige ressurser og forsvarlig utnyttelse av samfunnets ressurser i et nasjonalt perspektiv. Hamar Høyre støtter ideen om trinnvis utbygging av hovedsykehuset, og er åpne for faglige råd og tett samarbeid knyttet til samling og fordeling av somatikk og psykiatri slik at dette blir hensiktsmessig og tilpasset lokale forhold.

6.4 Hedmark Venstre

SI har i dag en fragmentert og uhensiktsmessig sykehusstruktur med små og sårbare fagmiljøer. Ny teknologi og nye behandlingsmetoder skaper behov for endring. Det å samle det som må samles ved et hovedsykehus gjør det mulig å desentralisere og flytte tjenester nærmere der pasienten bor, eks. til LMS og DPS. Et hovedsykehus ved eller i nærheten av Mjøsbrua med samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og rus vil også gi bedre tilbud til psykiatriske pasienter. Før endelig plassering av hovedsykehuset må det foretas en tilleggsanalyse av samfunnsmessige virkninger (klimautslipp, rekruttering, trafikk/transport mm.). Prehospitale tjenester må ses på som en del av utredningen av ny sykehusstruktur hvor ny helikopterbase blir en del av en fremtidig løsning. Samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil bli sentralt fremover. Kongsvinger sykehus og Tynset sykehus må opprettholdes som fullverdige lokalsykehus med akuttfunksjoner.

6.5 Lillehammer Arbeiderparti

To akuttisykehus lokalisert til Lillehammer og Elverum vil styrke og videreutvikle de mest komplette sykehusene. Lillehammer er en betydelig turistdestinasjon som gir et mye større befolkningstall enn det som fremkommer i høringsnotatet. Lillehammer Arbeiderparti støtter faglige råd for bærekraftig utvikling hvor offentlige institusjoner bør plasseres i byer. Modell 3C ((Lillehammer, Gjøvik og Elverum må tas med i konseptfasen). Skal man kunne slutte seg til nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua må det legges inn klare premisser for dette. Slike premisser bør være: Betydelig døgnaktivitet ved eksisterende sykehus skal bestå, spesialiteter i Oppland må opprettholdes ved sykehusene i Oppland, det må satses på LMS, dagens sykehus må sikres investeringsmidler, og det må ikke flyttes funksjoner fra sykehus i Oppland i en mellomperiode.

6.6 Lillehammer Høyre	Anbefaler en modell med to store akuttpsykehus i Mjøsregionen lokalisert til Lillehammer og Elverum (2B). På grunn av stort geografisk opptaksområde må det være ett stort akuttpsykehus i hvert fylke. Lillehammer er det sykehuset med flest helhetlige tilbud og et godt traumemottak. Lillehammer sykehus har et mye større utviklingspotensial enn det mulighetsstudiene konkluderer med. Kort avstand til Oslo i sørlige del av opptaksområde betinger et godt tilbud til innbyggere nord for Mjøsbrua. Turisme er utelatt fra pasientgrunnlaget i høringsdokumentet. LMSene vil ikke ha tilstrekkelig bemanning/kompetanse til å håndtere alvorlige skader ved dårlig fly-/kjørevær. Et hovedsykehus ved Mjøsbrua vil svekke rekrutteringen til lokalsykehusene og vil gi stor miljø- og trafikkbelastning. Behandling på et hovedsykehus og oppfølging på mindre sykehus kan gi fragmentering av pasientforløp.	Enig i målet om å utvikle pasientens helsetjeneste der det skal legges til rette for gode og helhetlige pasientforløp. Savner imidlertid større fokus på hva pasientens behov egentlig er og mener dette ikke er utredet godt nok. Bekymret for at økonomiske styringsparametere har større fokus enn pasientens behov. Pasienten må bli styrket i sin egen behandlingsprosess ved at helsetjenesten gir god informasjon, kunnskap og tilrettelegging. Pasient- og pårørendeopplæring svært viktig. Sykehusmodell 2B vil være den modellen som best ivaretar de spørsmålene som reises i høringsbrevet.
6.7 Lillehammer Senterparti	Viser til "Folkets helsetjeneste" som er SPs alternative Helse- og sykehusplan, herunder spesielt kap. 4.9 hvor storsykehus ved Mjøsa er omtalt: "Vi stiller oss negative til nytt storsykehus på Gaustad og ved Mjøsa". Det vil ikke være riktig å bruke 12 mrd. på å bygge nytt sykehus. Innlandets sentralsykehus/universitetssykehus er i Oslo og et sykehus ved Mjøsa vil ikke erstatte det. Det blir ikke råd til drift og vedlikehold av eksisterende sykehus om det bygges et nytt sykehus. Kostnader knyttet til flytting og omorganisering er underkommunisert. Det anbefales en modell med tre lokalsykehus med akuttfunksjoner i Oppland (Lillehammer, Gjøvik og Reinsvoll) samt videreutvikling av LMS på Fagernes og Otta.	
6.8 Oppland KrF	Hovedsykehus ved Mjøsbrua med somatikk, psykiatri og rus er den modellen som best kan møte morgendagens utfordringer. Det som kan desentraliseres må desentraliseres og dagens sykehusanlegg i hele regionen må fortsatt gi et bredt og likeverdig poliklinisk tilbud, dagtilbud og evt. døgntilbud. Psykiatrien må styrkes og det må satses på DPS. Det må opprettes LMS på Hadeland, prehospitale tjenester må styrkes og luftambulansetjenesten må styrkes med ny base i Innlandet. Et hovedsykehus må ligge sentralt, men utenom tettbebygde strøk. Kollektivtilbudet må være godt utbygd.	

6.9 Oppland Senterparti	Oppland Senterparti mener at satsing på hovedsykehus ved Mjøsbrua og et omfattende tilbud ved desentraliserte poliklinikker og LMS er riktig vei å gå. Det forutsettes desentraliserte poliklinikker med akuttfunksjoner og dagkirurgi ved dagens sykehus. LMS med omfattende tjenestetilbud i Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Hadeland. Det må også satses på gode legevaksordninger og velutbygde ambulansetjeneste. Samarbeidet med kommunene må forsterkes.	
6.10 Oppland SV	En modell med tre fullverdige akuttstusykehus (Gjøvik, Lillehammer og Elverum) vil gi godt og likeverdig helsetilbud til befolkningen i alle deler av fylket. En sentralisering vil ikke bedre tilbudet for det store flertallet av pasienter i en region med spredt bosetting. Samling i hovedsykehus vil også føre til nedgang i antall senger og personell. Ut fra et miljøperspektiv vil det også ha store negative konsekvenser å etablere nye arbeidsplasser for så mange utenfor en eksisterende by. I henhold til nasjonale retningslinjer skal viktige samfunnsinstitusjoner legges til eksisterende regionale sentra.	
6.11 Oppland Venstre	Flere spesialisthelsetjenester kan utvikles i fellesskap med lokalmedisinske sentre. 95 % av pasientene får utmerket behandling ved dagens sykehus. Oppland Venstre mener dagens sykehuslokaler for en stor del må moderniseres og videreutvikles. Pasienter med spesielle og sammensatte diagnoser vil få et bedre tilbud ved regionsykehus i Oslo. Modell 3C med tre store akuttstusykehus (Lillehammer, Gjøvik og Elverum) vil gi det beste tilbudet og må utredes i neste runde. Et lite hovedsykehus med fortsatt aktivitet på dagens sykehus og LMS vil bare bety enda et sykehus.	Sykehuset Innlandet bør ta inn over seg det som står i hele Nasjonal helse- og sykehusplan og planlegge et best mulig spesialisthelsetilbud for alle pasientene (ikke bare noen få) basert på dagens store akuttstusykehus. Flere spesialisthelsetjenester kan utvikles i fellesskap med særlig lokalmedisinske sentre, men vi tror så mange som 9 lokalmedisinske sentre blir krevende å håndtere for ett hovedsykehus. De psykiatriske sykehusene på Reinsvoll og Sanderud er store nok og vil ikke gi stordriftsfordeler ved sammenslåing. Både i miljø- og samferdselsperspektiv er plassering av sykehus utenfor byer noe staten selv sier ikke må skje.

6.12
Partiet De Kristne
(PDK) Hedmark

Omsorg for syke og pleietrengende skal være så nær som mulig og det skal være kortest mulig vei til nærmeste fødestue. Ønsker akuttsykehus i alle byer. Psykisk helsevern og rus må fortsatt være på forskjellige steder. Ønsker å beholde akuttsykehus på Gjøvik, Elverum, Lillehammer og Kongsvinger (3B). I tillegg ønsker PDK at også Hamar eller Sanderud får akuttsykehus.

6.13
Pensjonistpartiet i
Oppland

Alternativ 3B med tre store akuttsykehus på Gjøvik, Lillehammer og Elverum vil gi et godt tilbud til befolkningen både i Hedmark og Oppland. Eksisterende sykehus må rustes opp. Sykehussaken har pågått uforholdsmessig lenge og vært en stor belastning for ansatte og innbyggere i Innlandet. Penger til bruk på konsulenter burde heller vært brukt til å ruste opp sykehusene. Et storsykehus vil medføre at mange flere får lenger veg til og fra jobb og forurensning vil øke. Hvis det skal etableres, bør det legges til en by. Desentralisering av tjenester er positivt, men utredningen er mangelfull når det gjelder innholdet i tjenestene. Solås og Reinsvoll bør opprettholdes.

6.14 Ringsaker pensjonistparti	Et hovedsykehus ved Mjøsbrua vil samlet sett gi det beste tilbudet til pasientene i Innlandet: sentral beliggenhet i foretaksområdet også hensyntatt demografisk utvikling, stort pasientvolum, mulighet for økt spesialisering, mulighet til å ta i bruk moderne teknologi. Modellen gir i tillegg best mulighet til å samle akutte områdefunksjoner og fag som er avhengige av hverandre. Hovedsykehusmodellen gir best mulighet til å samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og rus. Andre forhold som trekkes frem er nybygg som vil gi moderne og gode behandlingsfasiliteter med fleksibel bygningsmasse. Økonomiske analyser viser at hovedsykehusmodellen har betydelig bedre bæreevne enn de andre modellene. Det regionale rekrutteringsgrunnlaget er også størst ved Mjøsbrua.	Poliklinikk og dagbehandling kan tilbys i dagens sykehusbyer. Ledige sykehuslokaler i Mjøsbyene kan gi rom for eks. til etterbehandling etter sykehusopphold, lindrende behandling og behandling ved dehydrering. Transportmulighetene til et nytt sykehus ved Mjøsbrua vurderes som bedre enn ved adkomst til eksisterende sykehus i Mjøsregionen som forutsettes ombygd. Av samfunnsmessige hensyn må det først og fremst vektlegges best mulig behandling for pasientene. Men en etablering av et hovedsykehus ved Mjøsbrua vil også bety en styrking av vekst og utvikling i Innlandet. Et hovedsykehus ved Mjøsbrua vil også skape utfordringer blant annet i form av økt persontrafikk og fare for økende klimautslipp. For å bøte på økende biltrafikk er det viktig at hovedsykehuset kan tilby gode kollektivtilbud. Peker også på viktigheten av å sikre god fremkommelighet for ambulanser når trafikken øker.
6.15 Rødt Oppland	Støtter ikke forslaget om hovedsykehus for Innlandet. Konklusjon om fremtidig struktur kan først trekkes når konseptfasen har gått i dybden på flere enn ett alternativ. Anbefaler fullverdige sykehus i Gjøvik, Lillehammer og Elverum. Sentralsykehusfunksjonene i psykiatri beholdes på Reinsvoll og Sanderud. Det må finnes frem til en arbeidsfordeling mellom sykehusene som innebærer et mest mulig helhetlig tilbud for pasientene, mest mulig balansert når det gjelder samlet ressursinnsats i de tre byene og at sentralsykehusfunksjonene beholdes på Reinsvoll og Sanderud. SI må følge statlige retningslinjer når det gjelder samfunnsmessige hensyn.	

6.16 Senterpartilagene Gjøvik, Hamar og Ringsaker	Ønsker ett spesialistsykehus ved Mjøsbrua med all akuttberedskap. Ønsker videre lokalmedisinske sentre/nærsykehus på Gjøvik, Lillehammer, Otta, Fagernes, Gran, Hamar, Tynset og Kongsvinger som inkluderer legevakt, akuttsenger innen samhandlingsreformen, psykiatri, rus og polikliniske tilbud. Viktig å opprettholde antallet senger i sum; et eventuelt nedtak av senger ved spesialistsykehuset bygges opp igjen i de gjenværende lokalmedisinske sentrene/nærsykehusene. Utvikling av vår sykehusstruktur vil demme opp for ytterligere sentralisering til Oslo-regionen. Psykisk helsevern samlokaliseres med somatikken, med unntak av sikkerhetsavdelingen som bør bestå i dagens lokaler på Reinsvoll. Ønsker ikke to eller tre-sykehusmodellene.	Desentralisere flere sykehustjenester nær der folk bor, vi har en sentralisert struktur rundt Mjøsa. Desentralisering av tjenester og flere ambulante team ved omsorgssentre/omsorgsboliger. Det kan også frigjøre sykehjems plasser og institusjons plasser. Habilitering- og rehabiliteringstjeneste kan legges sammen med kommunale tjenester. Forsterkede enheter innenfor kommunal eldreomsorg kan også legges til eksisterende sykehus, slik som demens, psykiatri/rus. DPS foreslås i egen melding overført til kommunene, og kan lokaliseres hit. Det samme gjelder jordmorstyrte fødestuer. Legevaktstjenester, enkelte tjenester fra både kommunal og statlig NAV, kommunale helsesentre og andre tjenester kan legges inn i lokaler som blir frigjort. Må vektlegges at områdene sør for Lillehammer er de tyngste befolkningsområdene med den største veksten i antall innbyggere. Etablering av et nytt spesialistsykehus vil være avgjørende for utviklingen av flere av institusjonene ved høyere utdanninger. Med en etablering av et nytt sykehus følger investeringer i både infrastruktur, bosetting og etableringslyst.
--	--	---

Høringsinstans	Argumenter og forutsetninger	Merknader til høringstemaer
7. Aksjoner, venneforeninger og privatpersoner	<ul style="list-style-type: none"> • til saken • til høringsdokumentet • til prosessen • hva høringsinstansen fremhever som mest vesentlig ved en fremtidig sykehusstruktur • eventuelle forutsetninger fra høringsinstansen • forventninger når det gjelder videre utredninger, herunder forhold som ønskes særlig belyst eller dokumentert 	<ul style="list-style-type: none"> • Desentralisering • Valg av modell • Samlokalisering av psykisk helsevern, rus og somatikk • Hovedsykehusmodell • To- eller tre-sykehusmodell • Samfunnsmessige konsekvenser
7.1 Björg Marit Andersen (privatperson)	<p>Har oversendt flere leserinnlegg i GD som sin høringsuttalelse, herunder innleggene "Risiko for akutt syke i Oppland", "Ikke god nok medisinsk akuttberedskap", "Dyr nettverksbedrift på mange leirfjøtter" og "Lillehammer Fylkessykehus - et godt og komplett sykehus". Anbefaler å legge ned helseforetaksmodellen og gå tilbake til den opprinnelige modellen for sykehusene i Oppland og Hedmark, dvs. før helseforetakene ble etablert. Denne modellen bør utredes. Videre planlegging må sette pasienten og befolkningen i sentrum og ikke føre til sentralisering og avfolkning av fjerntliggende men viktige strøk.</p>	<p>Sykehuset må bygges stort nok. Det bør være gode påbyggingsmuligheter.</p>
7.2 Folkebevegelsen for et komplett sykehus ved Mjøsbrua	<p>Modellen med ett hovedsykehus beliggende ved Mjøsbruas østre eller vestre ende er den beste for Innlandets befolkning. Det er også den modellen som sikrer størst grad av likeverdighet for befolkningen. I tillegg til hovedsykehuset bør man sterkt vurdere å beholde et sykehus i Mjøsområdet for elektiv behandling (heldøgnskirurgi, dagkirurgi, dagbehandling og poliklinikk), også ut fra et sårbarhetshensyn. Det må satses på sterke lokalmedisinske sentre der det er langt til sykehus, fortrinnsvis med en form for akuttegevaktordning overfor både LMS-pasienter og ambulansetjenesten. Man må forsterke ambulansetjenesten og sørge for en ny luftambulansebase sentralt i Mjøsområdet.</p>	<p>Sykehuset må bygges stort nok. Det bør være gode påbyggingsmuligheter.</p>

7.3 Gunnar O. Hårstad (privatperson)	Dagens sykehusstruktur med tre sykehus i Oppland og fire i Hedmark er kostbar og moden for endring. Det er behov for ett større sykehus av ypperste kvalitet og god kapasitet for Hedmark og Oppland. Dette bør plasseres en kilometer sør for Moelv sentrum, og ikke på Moskogen slik Ringsaker kommune har pekt ut.	
7.4 Morten Andersen (avtalespesialist)	Dagens struktur er ikke fremtidsrettet og vil ikke gi nødvendig kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen. Det er bare hovedsykehusmodellen som kan gi et trygt og godt samlet tilbud i Innlandet. Hovedsykehuset må være mest mulig komplett og plasseres sentralt i Innlandet. Når hovedsykehuset er vedtatt/plassert kan desentraliserte tilbud diskuteres.	
7.5 Aksjonen «Vi som er for 3 akuttsykehus i Oppland - Reinsvoll, Gjøvik og Lillehammer»	Aksjonen har tre hovedinnvendinger mot rapportens konklusjoner: 1) Kapitalkostnadene vil medføre betydelige kutt i tjenestetilbudet, 2) Rapporten forutsetter overføring av betydelige oppgaver til kommunene som disse hverken faglig eller økonomisk har mulighet til å klare og 3) Det loves stort omfang av desentraliserte tjenester som det ikke er mulig å gjennomføre. Størst potensiale for forbedring av slagbehandling med to akuttsykehus i Oppland. Forslaget om å redusere sengekapasiteten vil ha store konsekvenser og spesielt gå ut over behandlingen av eldre pasienter med sammensatte lidelser. Anslagene for gevinstrealisering i alternativ 1A er for optimistiske. En modell med Elverum, Lillehammer og Gjøvik som de tre store sykehusene og Hamar som et sykehus uten akuttfunksjoner bør utredes. Reinsvoll og Sanderud utvikles videre som sentralsykehus innen psykisk helsevern.	Det er stor fare for at det vil være helseforetaket som vil legge premissene for samarbeidet med kommunene. I konseptfasen må det gjennomføres reelle analyser som kan sammenlignes med styrets visjon hvor en modifisert modell 3A inngår.

7.6 Sykehusaksjonen i Hamarregionen	Aksjonskomiteens vurdering sammenfaller med Idéfaserapportens konklusjoner. Tilfreds med at brukernes interesser og tjenestens kvalitet er en rød tråd i rapporten. Konstaterer også at rapporten presiserer betydningen av forpliktende, realistisk og funksjonelt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Hovedsykehus med somatikk, psykiatri og rus vil gi det beste tilbudet til pasientene i fremtiden (1A). Av de andre modellene (to/tre store akuttpsykehus) fremstår alternativ 2C som den totalt sett beste løsningen bl.a. pga. samlokalisering av psykiatri, rus og somatikk lettest vil la seg gjennomføre.	Samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er spesielt viktig innenfor psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Bør ha et nøkternt utgangspunkt når det gjelder bruk av frigjorte sykehusarealer. Mye av dagens bygningsmasse er nedslitt med dårlig funksjonalitet. Byggene vil være naturlig å bruke for kommuner til helsestasjon, legevakt, legesentre, helse- og sosialsentre mm. Samfunnsmessige konsekvenser synes å være godt integrert i idéfaserapportens konklusjoner.
7.7 Venneforeningen for Fysikalsk medisin og rehabilitering	Fremtidig modell med to store akuttpsykehus i Mjøsregionen på Sanderud og Lillehammer (modell 2E) legger best til rette for integrering av psykisk helsevern, rus og somatikk. Det er allerede etablert et fagmiljø hva gjelder rus og psykiatri på Sanderud i relativt nye og funksjonelle bygg. En sentralsykehusfunksjon for somatikk i tillegg på Sanderud vil sikre dette. Områdefunksjonene bør samles i et nytt sykehusbygg på Sanderud, som vil være mest hensiktsmessig med tanke på fremtidige tilpasningsmuligheter. Sanderud ligger sentralt sammenlignet med den største befolkningsandelen i Hedmark, og vil støtte en samlokalisering mellom rus, psykisk helsevern og somatikk. Rehabiliteringstilbudet i Innlandet bør også samles på Sanderud, sammen med øvrige spesialiserte tjenester.	Presiserer at en rask avklaring og oppstart av ny sykehusstruktur er viktig for å unngå ressurskrevende og midlertidige prosesser med flytting og samlokalisering. Miljø, trafikk og forurensing vil reduseres mest med en tosykehusmodell med samling på Sanderud, enn f. eks ved en samling av hovedsykehus på Mjøsbrua.

