

Til Styret i Sykehuset Innlandet

OM STYREVEDTAKET I HELSE SØR-ØST RHF 22. APRIL.

Brukerutvalget (BU) ønsker å gi noen kommentarer til vedtaket som ble gjort i styremøte i Helse Sør-Øst RHF 22. april om fremtidig sykehusstruktur for Sykehuset Innlandet.

Oppsummeringen av høringsuttalelsene har ført til tre alternativene som skal vurderes videre. I tillegg skal null pluss alternativet være med i den videre utredningen.

Etter Brukerutvalgets oppfatning er det alternativ 2 som stemmer best overens med vårt høringssvar.

Vi vil her komme med de viktigste argumenter ved de ulike alternativene og til slutt oppsummere vår oppdaterte uttalelse:

Null+ alternativet

På kort sikt fremstår dette som fristende for mange. Det føles alltid trygt og godt å holde fast på det nåværende og heller skyve fra seg uprøvde løsninger. De fleste mennesker er opptatt av at de raskest mulig skal få kyndig helsehjelp når ulykken er ute og livstruende situasjoner har oppstått. Med god spredning av akutt sykehus i geografien er muligheten til stede for at flest mulig skal få behandling raskest mulig. Det er i en «blålyssituasjon» folk vil måle sin trygghet.

BU er imidlertid av den oppfatning at det er like viktig å sørge for at den behandling som kan gis vil svare til behovet. Det vil neppe være mulig å få på plass akseptabel kompetanse på alle nåværende sykehus i fremtiden. I dag er ingen av våre sykehus komplette og funksjonsdeling har vært svaret på mangelen på kompetanse og kapasitet. Konsekvensen er at pasientene ofte må sendes til det regionale nivå i Oslo og får en lengre reise og senere behandling enn nødvendig.

I «null pluss-alternativet» vil det ikke være mulig å samordne somatikk, spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Det er behov for å ivareta den somatiske helsen til de som har utfordringer innen psykiatri og/ eller rus. Vi må kunne behandle hele mennesket. Av de eksisterende sykehusbygg er Hamar i en slik tilstand at det har gått ut på dato. Det vil om få år måtte tas ut av drift da vedlikehold og krav til standard ikke kan oppfylles. Bevilgende myndigheter vil neppe akseptere at det bygges et nytt sykehus på Hamar. Det er tre mil til Elverum sykehus med muligheter for kapasitetsøkning, samt at Gjøvik sykehus vil kunne håndtere den delen av Hedmarken som ligger nærmest Mjøsbrua.

Alternativ 1

Dette alternativet ligger tett opp til utredningen som ble presentert før jul. Det skapte ingen jubel hos de som har vært engasjert og involvert i debatten.

I de foregående år har drøftingen om fremtidig sykehusstruktur landet på Mjøsbrua som rette lokalisering for et hovedsykehus i Innlandet. Et hovedsykehus vil måtte være et stort akuttsykehus og plasseres i den mest befolkningstette del av området og i et kommunikasjonsknutepunkt. I denne sammenhengen er Brumunddal et tilfeldig sted på E-6, mens Moelv innfrir kravene til plassering av et akuttsykehus. Ingen fra vestsiden av Mjøsa vil akseptere å måtte kjøre forbi knutepunktet for at de som bor på østsiden skal få kortere vei til akuttmottaket.

Alternativ 2

Dette alternativet ligger nærmest den løsningen BU har argumentert for etter helseministerens vedtak i foretaksmøtet 8. mars 2019. Vi støtter behovet for et akuttsykehus i Elverum av flere grunner, men det bør ikke være større enn hva det beredskapsmessige behovet tilsier. Det pekes i dette alternativet på Elverum med lokalisering av et stort akuttsykehus. BU har over lang tid ment at Mjøssykehuset må prioriteres i størst mulig grad.

Vi har hele tiden vært opptatt av å få på plass et hovedsykehus som må være så komplett som mulig. Det skal danne kjernen i strukturen og være kompetansegivende for resten av spesialisthelsetjenesten i Innlandet.

En klar fordel med akuttsykehus 2 i Elverum vil være synergieffekten som kan oppnås i samspillet med luftambulansbasen.

Alternativ 3

Her er akuttsykehus 2 plassert i Lillehammer. Vi må kunne anta at veistandarden er enda bedre enn i dag den dagen Mjøssykehuset står klart til bruk i Moelv. Det vil da virke underlig hvis vi skulle ha to akuttsykehus med bare tre mils avstand.

En struktur med færre sykehus vil nødvendigvis føre til økte reiseavstander. For de fleste som i dag er brukere av Gjøvik sykehus vil reisen til Moelv bli to mil lengre. For de som bruker Lillehammer og Hamar vil en reise til Moelv kunne bli tre mil lengre. De som bruker Elverum sykehus vil få seks mil lengre vei hvis de må til Mjøssykehuset. Folk vil føle det som urettferdig hvis dette alternativet skulle bli resultatet. Da ville de som bor langs svenskegrensen bære størstedelen av ulempen med økte reiseavstander.

Akuttsykehus 2 bør ligge i et kommunikasjonsknutepunkt, utvide «blålysdekningen» og skape balanse i strukturen. Elverum fyller kriteriene. Lillehammer gjør det ikke.

Vårt strukturforslag:

- Brukerutvalget (BU) anbefaler en modell med et mest mulig komplett hovedsykehus, et mindre akuttsykehus 2 og et elektivt sykehus. Hovedsykehuset lokaliseres til Moelv og skal gi et samlet tilbud innen somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, døgntilbud innen spesialisert

rehabilitering og habilitering, kvinneklinikk og helhetlig tilbud innen kreftkirurgi med stråleterapi.

Hovedsykehuset skal være et stort akutt sykehus og bli knutepunktet for det fremtidige sykehus tilbudet i Innlandet fylke.

- BU anbefaler et akutt sykehus 2 lokalisert til Elverum. I denne omgang tar vi ikke stilling til hvilke akuttfunksjoner dette sykehuset skal kunne tilby.
- Det elektive sykehuset anbefaler BU lokalisert til Lillehammer.
- De prehospitale tjenestene og lokalmedisinske sentrene må styrkes og videreutvikles for å opprettholde beredskap og desentraliserte spesialisthelsetjenester. Det må etableres et lokalmedisinsk senter på Hadeland.
- Gode prehospitale tjenester betinger etablering av en ny luftambulansbase plassert i Elverum. Først og fremst for å forbedre dekningen av østre del av Hedmark, men også generelt kunne gi bedre dekning sentralt i fylket.
- Tynset sykehus beholdes som i dag.

Gunn Rauken

leder av Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet

Aage Willy Jonassen

nestleder