

Fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF

- Høringsuttalelse fra Grue kommune

Målet for innlandets helseinstitusjoner må være å skape folkets helsetjeneste. Helsetjenesten skal være et gode for hele samfunnet og for mennesker i alle livssituasjoner. Sykehuset Innlandet skal kunne tilby gode og likeverdige helsetjenester til hele befolkningen og sørge for at pasientene blir vurdert likt og behandlet like godt døgnet rundt i hele Innlandet. Hvilke tjenester som skal tilbys hvor, for å oppfylle dette, er nå det store spørsmålet.

Utfordringen er at både mer spesialisering og mer desentralisering trekker tjenester i hver sin retning. Enkelte tjenester er foreslått at kun skal gjøres ett sted i Sykehuset Innlandet på grunn av økt krav til samling av funksjoner og spesialisering. Samtidig skaper informasjonsteknologien og andre moderne verktøy mulighet for at flere tjenester tilbys på lokalsykehus, lokalmedisinske sentre eller i pasientens hjem. Målet må være å gjøre det vanlige lokalt og det uvanlige samles til et hovedsykehus i hvert fylke.

Flere forhold kompliserer for klare standpunkter:

- Foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus – høring. Generelt kan det sies at jo lenger unna Kongsvinger et hovedsykehus blir liggende, jo mer aktualiserer det tilknytning til AHUS
- Fritt sykehusvalg – større avstand til sykehus vil lett medføre valg av sykehus utenfor SI
- Bygging av LHL-sykehus ved Gardermoen er i gang – hvilken betydning det får for SI er ikke omtalt

Spørsmål i høringen:

1. Hvilke spesialisthelsetjenester kan utvikles i felleskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?

Kommunene kjenner brukerne og deres behov best. Utviklingen av desentraliserte tjenester må skje i samarbeid med kommunene for å sikre en god oppfølging av pasientene etter en sykehusbehandling. Dagens struktur med flere sjukehus er ideell med tanke på samhandling. For å få til en god samhandling er det en forutsetning at førstelinjetjenesten har noen å samarbeide med som er i rimelig nærhet. Det er i størst grad breddekompetanse og ikke høyt spesialiserte tjenester vi har behov for da 70-80% av alle sykehus-innleggelse er "vanlige" innleggelse. Kommunenes plikt til å ta seg av øyeblikkelig hjelp fra 2016 er en meget begrenset plikt. I følge veileder for opprettelse av kommunale øyeblikkelig hjelp-løsninger skal kun pasienter med avklart diagnose og lidelse benytte slikt tilbud. Ved kjente tilstander der det kan være muligheter for forverring forutsettes det at avstanden til spesialisthelsetjeneste må være kort, for at kommunalt tilbud kan benyttes. Alle pasienter som ikke tidligere er diagnostisert og som trenger videre undersøkelser i form av blodprøver, radiologiske eller andre typer undersøkelser, skal videre til spesialisthelsetjenesten. Det kommunale øyeblikkelig-hjelp tilbudet kan på ingen måte erstatte akuttfunksjoner i lokalsykehus. Lokalmedisinske sentra som desentralisert spesialisthelsetjeneste er heller ikke løsningen ifølge veileder for kommunalt ø-hjelpstilbud.

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

Eksempel fra Kongsvinger sykehus er at Glåmdal interkommunale legevakt (GIL) og Interkommunal øyeblikkelig hjelp-avdeling (IKØ) er lokalisert i frigjorte lokaler. Interkommunal intermediaær avdeling og interkommunale øyeblikkelig-hjelpsenger for psykiatri/rus kan også lokaliseres i sykehuset.

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

Kongsvinger kommune arbeider med utvikling av Helsehus i eget bygg. Innholdet i dette er først og fremst kommunale tjenester, men bør ses i sammenheng med tilbudet i spesialisthelsetjenesten.

2. Hvilken modell for en fremtidig sykehusstruktur gir det beste tilbudet til pasientene i Innlandet?

En to-sykehusmodell med to hovedsykehus i Innlandet og samtidig et nettverkssamarbeid mellom hovedsykehusene og lokalsykehusene, lokalmedisinske sentere og primærhelsetjenesten i kommunen. Hedmark og Oppland er til sammen 22 % større enn Danmark i areal. Det er derfor avgjørende med akutt-tilbud på flere steder i Innlandet. 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! Sykehuset Innlandet utgjør 47% av hele arealet i Helse Sør-Øst. Det er urimelig at et så stort geografisk område skal ta til takke med ett akuttsykehus, mens den resterende delen av Helse Sør-Øst består av 7 somatiske helseforetak og kan i tråd med sykehuseiers krav om "ett akuttsykehus i hvert foretak" beholde 7 akuttsykehus! Befolkningstettheten er riktignok større rundt Oslo-området, men som eksempel kan nevnes at Sykehuset Telemark HF har færre innbyggere (ca. 160.000) enn hver av våre to fylker! Sykehuset Vestfold HF har 220.000 innbyggere på et areal mindre enn Lesja eller Engerdal kommune. Dette viser at Hedmark's og Oppland's befolkning får et helt annet helsetilbud enn resten av Helse Sør-Øst. Dette er stikk i strid med nasjonale myndigheter og samhandlingsreformens intensjon om nærhet til helsetilbud og like muligheter for hele befolkningen. Lengre avstand til spesialisthelsetjenesten fører til at det er høyere terskel for å søke råd. I sin tur kan det føre til at kommunehelsetjenesten og fastlegene løser problemer som egentlig hører hjemme hos spesialistene. Lengre avstand fører til at det blir vanskeligere for pårørende å komme på besøk, og spesialistene går glipp av viktig kommunikasjon med pårørende. Lengre avstand fører til at flere blir borte fra jobb en hel dag i forbindelse med undersøkelser, og det koster samfunnet ekstra i fravær. Lengre avstander krever mer transport som er slitsomt for mange pasienter, særlig eldre, og det er lite miljøvennlig. Lengre avstand kan være katastrofal i enkelte tilfeller, men mest av alt er lengre avstand et generelt dårligere tilbud til befolkningen.

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. Gjennom hvilken modell kan dette best bli ivarettatt i Innlandet?

2-sykehusmodellen med samling av somatikk og psykiatri/rus på hvert av de 2 hovedsykehusene i innlandet. En to-sykehusmodell med to hovedsykehus i Innlandet og samtidig et nettverkssamarbeid mellom hovedsykehusene og lokalsykehusene med døgnkontinuerlig akuttberedskap, lokalmedisinske sentere og primærhelsetjenesten i kommunen. Jo større avstand til hovedsykehus, dessto viktigere er døgnkontinuerlig akuttberedskap på Kongsvinger for befolkningen i denne regionen.

4. Idéfaserapporten anbefaler en modell med hovedsykehus ved Mjøsbrua. Denne modellen er utredet med ulik grad av gjenværende aktivitet i de eksisterende sykehusbyggene, dette gjelder akutt indremedisin, planlagt heldøgnskirurgi, dagbehandling og poliklinikk. Hvilken hovedsykehusmodell vil gi det beste tilbudet til pasientene i Innlandet?

En to-sykehusmodell med to hovedsykehus i Innlandet og samtidig et nettverkssamarbeid mellom hovedsykehusene og lokalsykehusene, lokalmedisinske sentere og primærhelsetjenesten i kommunen. Vi bor grisgrendt mange av oss. Dette krever nødvendigvis en annen struktur enn om vi var et tett befolket område. Ett felles hovedsjukehus for våre fylker vil medføre at akuttberedskapen ligger enda lengre unna enn i dag. To hovedsykehus i Innlandet vil være best, f.eks. et hovedsykehus i Elverum og et på Oppland-siden (f.eks. Lillehammer) og lokalsykehus i Kongsvinger og Tynset med heldøgns akutt-kirurgisk og indremedisinsk beredskap.

5. I to- og tre-sykehusmodeller forutsetter Sykehuset Innlandet at områdefunksjoner / spesialiserte tjenester samles på ett sted.

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

To hovedsykehus i Innlandet vil være best, f.eks. et hovedsykehus i Elverum og et på Oppland-siden (f.eks. Lillehammer)

6. En endring av sykehusstrukturen vil ha samfunnsmessige konsekvenser og skaper samtidig muligheter til utvikling.

- **Hvilke samfunnsmessige hensyn bør Sykehuset Innlandet vektlegge sterkest i sin vurdering?**

Mange argumenterer med at pasienten skal være i sentrum, og at det skal være et gjennomgående prinsipp for valg av organisering. Vi vet at alle pasienter ikke er like. Hvilke pasienter er det man da snakker om? Hvilke pasientgrupper vil tjene på at man bygger felles hovedsykehus? Forskning viser at mennesker med lav inntekt, lav utdanning og lang avstand til nærmeste sjukehus/spesialist har et underforbruk når det gjelder spesialisthelsetjenester. En ytterligere konsentrasjon av sjukehus-tjenestene til et hovedsykehus vil bidra til at klasseforskjeller i helsevesenet øker ytterligere.

Det å ha et sykehus er en del av det offentlige servicetilbudet man forventer at en by skal ha. Det er en klar statlig føring at servicetilbud ikke skal flyttes ut av byene slik at de utarmes og blir mindre attraktive. Ved å fjerne sykehusene fra de fire byene tar man vekk mye av det som er positivt ved å bo der. Samtidig svekkes også byenes konkurransekraft med tanke på å trekke til seg annen virksomhet og en større befolkningsvekst i våre fylker og regioner. Å etablere et sykehus på et sted hvor tusenvis av arbeidstakere, pasienter og pårørende må pendle hver dag strider klart imot intensjonene i de rikspolitiske retningslinjene for samordnet areal- og transportplanlegging. Strukturendringene som gjøres ved å velge ett hovedsykehus er flytting av arbeidsplasser fra fire byer. Dette vil føre til en svekkelse av de etablerte byene. Dette innebærer at mellom 4-5000 ansatte og tusenvis av pasienter må pendle mange mil. Å etablere et nytt sykehus på et sted hvor tusenvis av arbeidstakere, pasienter og pårørende må pendle hver dag strider klart imot intensjonene i de rikspolitiske retningslinjene for samordnet areal- og transportplanlegging. En slik forflytting av arbeidsplasser og pasientstrømmer vil få store konsekvenser både for den enkelte ansatte og pasient, og også for samfunnsutviklingen totalt. Det er urimelig at Sykehuset Innlandet, med den store geografiske utstrekningen, skal måtte innskrenke sin virksomhet til ett akutt sykehus. Det må ikke bli et mål for Sykehuset Innlandet å være det området i landet som har lengst avstander til et fullverdig akutt sykehus. Det kan heller ikke være et mål å redusere akuttfunksjoner ved Kongsvinger og Tynset for å likestille Hedmark med tilbudet i Oppland. Hedmark og Oppland får økende antall

eldre, samtidig blir det færre til å utøve og finansiere helsetjenestetilbudet, hevdes det. Dette brukes som et argument som taler for samling av sykehustjenestene til ett storsykehus. Hedmark fylkeskommune har som mål å ta del i den befolkningsveksten som Norge, og spesielt våre nabofylker i sør, opplever. Målsettingen er å øke antall innbyggere i fylket til 220.000 innen 2020. Med en offensiv satsing på arbeidsplasser og attraktive bomiljø håper Hedmark at trenden mot en aldrende befolkning kan bremses.

Et variert arbeidsmarked i hele Hedmark er viktig for å trekke til seg yngre yrkesaktive innbyggere. En samling av høykompetanse innen helse på ett storsykehus vil frarøve store deler av Hedmark (og Oppland) attraktive arbeidsplasser innen spesialisthelsetjenesten. Det betyr også at en ungdom fra andre deler av fylkene våre, som ønsker å utdanne seg til et yrke innen spesialisthelsetjenesten, må bosette seg i Mjøsbru-området for å være sikret jobb.

Flere eldre vil bety en økning i aldersrelaterte sykdommer som kreft, diabetes og demens. I tillegg vil livs-stilsrelaterte sykdommer som KOLS, overvekt, rusmisbruk og psykiatri øke. Behandlingen av kreft, diabetes, KOLS, rusmisbruk og psykiatri er i stor grad avhengig av et godt fungerende helsetilbud i nærmiljøet. Dette er pasienter som er hyppig innom helsevesenet og som trenger nærhet til tilbud i alle nivåer i kjeden. Dette poengteres i Helse Sør-Øst's overordnede strategidokument som skal være førende for Sykehuset Innlandets strategidokument. Her går styret i SI motsatt vei ved å anbefale en samling av de 4 sykehusene rundt Mjøsa.

Utvikling innen de prehospitale tjenestene (ambulanses/ambulanshelikopter) er brukt som argument for at samling ikke innebærer avstandsproblematikk. Kompetansekravene vil skjerpes og medisinsk-teknisk utstyr vil øke muligheten til å sette i gang behandling utenfor sykehus i flere situasjoner, heter det. Det argumenteres allerede med at de nye ambulansene er så bra utstyrt at pasienten er ferdig utredet når de kommer fram til sykehus. Så vidt vi har brakt på det rene er det foreløpig et begrenset antall analyser og undersøkelser som tilbys i Sykehuset Innlandets ambulanser. Det må altså en sterk oppgradering til, både av kompetansepersonell og medisinsk-teknisk utstyr, før drømmen om mobilt "minisykehus" kan være en realitet, (hvis det er ønskelig). Det er uansett skremmende at de første avgjørende minutter og timer skal pasientene i Hedmark og Oppland behandles langs veien av personell som har den laveste helsefaglige kompetansen. Argumentasjonen for samling av sykehusfunksjoner sier at det ikke er mulig å ta nyere teknologi i bruk uten store og spesialiserte fagmiljøer, men i ambulansetjenesten later implementering av ny teknologi og behandlingsmåter til å være enkelt. Dette svikter logisk.

Ambulanshelikopter er et viktig medisinsk tilbud som gir høykompetent og avansert behandling. Det vil kreve mange flere luftambulanser for å dekke behovet hvis alle akuttinnleggelses må kjøres til Mjøs-området. Dessuten kan vær og føre kan være hindring, særlig om vi snakker om luftambulanse.

Problemer med rekruttering til fagstillinger i nåværende struktur kan i noen grad skyldes en stadig diskusjon om hva som skal bestå og hva som skal legges ned. Velger man alternativet med ett hovedsykehus i Moelv/Biri-området, vil det minst i 10 år framover være en usikkerhet i de nåværende sykehus, som i mellomtida vil skade rekruttering og pasientenes tillit. Dette vil være meget uheldig for Sykehuset Innlandet.