

Sykehuset Innlandet HF
Postboks 104

2381 BRUMUNDDAL

HØRINGSUTTALELSE TIL IDEFASERAPPORT - FREMTIDIG SYKEHUSSTRUKTUR FOR SYKEHUSET INNLANDET HF

Lillehammer kommunestyre har i sitt møte 27. april 2017 vedtatt å sende følgende høringsuttalelse til idefaserapporten:

Høringsbrevet inneholder konkrete spørsmål som høringsinstansene blir bedt om å ta stilling til. Forslaget til hørings svar er utformet i tråd med dette. Nummereringen referer seg til spørsmålene i høringsbrevet. I tillegg er noen generelle kommentarer avslutningsvis.

1. Lillehammer kommune er opptatt av at innbyggerne også i framtiden skal ha et samlet helsetilbud som oppleves som trygt og nært nok. Dette fordrer at man klarer å finne 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.

Lillehammer, Gausdal, Øyer og Ringebu kommuner har gjennom Helseregion Sør-Gudbrandsdal bygget opp en rekke interkommunale tilbud og et godt faglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved SI Lillehammer. Blant annet har man nylig fått godkjenning som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering i geriatri ved den interkommunale intermediæravdelingen ved Lillehammer helsehus. I samarbeid med idretten og Høgskolen i Innlandet er man i ferd med å bygge opp kompetanse innen idrettsmedisin, blant annet for å bygge opp under Lillehammer som en komplett vintersportsregion. Lillehammer kommune som vert for det interkommunale legevaktsamarbeidet i regionen er i ferd med å bygge et nytt og avansert legevaktsbygg i tilknytning til SI Lillehammer, der samarbeidet med sykehuset var utslagsgivende for valg av plassering.

I samhandlingsreformen legges det opp til flere rehabiliteringsoppgaver etter hvert skal overføres til kommunene. Dette er et tilbud som må utvikles under veiledning av spesialisthelsetjenesten, men som kommunene etter hvert kan overta ansvaret for, og som eventuelt kan tenkes plassert i frigjorte arealer. På samme måte bør det vurderes om det er andre områder der man kan bruke samme modell, d.v.s. utvikle et tilbud under veiledning fra spesialisthelsetjenesten som

RÅDMANNEN

ADRESSE
Besøksadresse: Storgata 51
postmottak@lillehammer.kommune.no
POSTADRESSE: Postboks 986, 2626 Lillehammer

EPOST

Telefon: 61 05 05 00
61 05 05 00
Telefax: 61 05 05 21

TELEFON

Bankgiro: 6188 05 44100

kommunen etter hvert overtar ansvaret for. Finansieringen av slike oppgaver kan enten skje gjennom nasjonale endringer i oppgavefordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, eller som lokale avtaler om kjøp og salg av tjenester som det er viktig for kommunen å beholde lokalt.

At det utvikles/videreutvikles et godt samarbeid om oppgavefordeling og overføring av oppgaver i årene framover skal ikke være avhengig av hvilken sykehusmodell som velges. Tvert i mot, gjennom å prioritere disse prosessene løpende vil man kunne skape trygghet i befolkningen om et godt og nært helsetilbud uavhengig av hvilken modell som til slutt blir valgt.

2. Lillehammer 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. Dette er det eneste av to sykehus-modellene som SIHF mener at er «liv laga» i henhold til vurderingskriteriene i Helsedirektoratets veileder. En slik løsning vil gi et for de alle fleste formål fullverdig sykehus sentralt i begge fylker og sikre videre bruk av omfattende bygningsmasse. Avstanden mellom de to sykehusene blir heller ikke større enn at det bør være mulig å utnytte spesialkompetanse på tvers.

Samtidig erkjenner Lillehammer 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 vil måtte forholde seg til flere sykehus, med den usikkerhet og fare for manglende helhet i behandlingstilbudet dette kan medføre. Med utgangspunkt i dette anser Lillehammer kommune at en justert modell 1A, d.v.s. 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 tilstrekkelig investerings- og driftsmidler i hele periodene fram mot 2040.

Spørsmål 3 og 4 er formulert med utgangspunkt i modell 1A (hovedsykehus ved Mjøsbrua) og besvart i henhold til dette:

3. Med utgangspunkt i at det foreligger en ganske entydig faglig anbefaling om å samlokalisere psykisk helsevern og rus med de somatiske sykehusfeltene, bør sentralsykehusfunksjonene overføres fra Sanderud og Reinsvoll til nytt hovedsykehus. På samme måte som for de somatiske sykehusene må det vurderes hvilke tilbud som fortsatt kan og bør ligge desentralt. Det bør også vurderes om disse tilbudene eventuelt kan samlokaliseres med de somatiske tilbudene som blir værende i Mjøsbyene.

4. For Lillehammerregionen og Gudbrandsdalen er det viktig at SI Lillehammer som et minimum beholder et tilbud innen akutt indremedisin, dagbehandling og poliklinikk. Med utgangspunkt i regionens rolle som turist- og aktivitetsdestinasjon, med mange tilreisende, stor hyttebefolkning og mange nasjonale og internasjonale bredde- og toppidrettsarrangement er det videre nødvendig at det som et minimum videreføres et tilbud innen akutt ortopedi ved SI Lillehammer, i

kombinasjon med elektiv kirurgi som kan støtte opp under et ortopeditilbud. Lillehammer kommune er også opptatt av å beholde et indremedisinsk miljø, som kan sikre at pasienter med kroniske sykdommer og behov for regelmessig behandling og gjentatte sykehusinnleggelser kan få et tilbud lokalt.

5. Lillehammer kommune viser til at det for to-sykehusmodellene bare er alternativ 2B, med Lillehammer og Elverum som store akuttisyrkehus og med de akutte områdefunksjonene samlet på Lillehammer, som er «liv laga» i henhold til Helsedirektoratets kriterier. Lillehammer kommune ber derfor om at dette alternativet tas med videre til neste fase av utredningen.

6. Lillehammer kommune er opptatt av at SIHF vektlegger 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, slik justert alternativ 1A legger opp til, skaper utfordringer når det gjelder trafikk og utslipp av klimagasser. Selv om den teknologiske utviklingen forventes å redusere utslippene knyttet til transport betydelig fram mot det tidspunkt et nytt sykehus kan settes i drift, er det fortsatt nødvendig å sørge for gode kollektivløsninger som en del av prosjektet. I den forbindelse vil Lillehammer kommune minne om «Faglig råd for bærekraftig byutvikling¹», som ble overlevert Kommunalministeren i 2013. Råd nummer én i denne rapporten lyder «Fortett eksisterende byer i stedet for å bygge nye». Det viktigste tiltaket er at offentlige institusjoner, som sykehus, skal plasseres i byene, og at offentlig virksomhet må ta sitt ansvar og være et godt forbilde.

For øvrig vil Lillehammer kommune knytte følgende generelle kommentarer til det videre arbeidet:

På grunn av Sykehuset Innlandets meget store geografiske opptaksområde og områdets topografi, bør fremtidig sykehusstruktur spres for å tilfredsstille det reelle pasientbehovet. Dette gjøres best med utgangspunkt i de sykehusene som har en eksisterende god struktur og bygningsmasse. Herunder vektlegges følgende;

- Sykehuset på Lillehammer er det sykehus i SI med flest helhetlige tilbud og tjenester, og et godt traumemottak.
- Lillehammer sykehus beskrives i Idêfaserapporten til å være det eneste av de eksisterende sykehusene som er «liv-laga» med akutte områdefunksjoner ved en to-sykehusmodell. Lillehammer sykehus har i tillegg et mye større utviklingspotensial som akuttisyrkehus enn det mulighetsstudiene konkluderer. I høringsspørsmål 2 nevnes behovet for å samle de mest spesialiserte tjenestene. Disse er: mage-tarmkirurgi, ortopedi, urologi, karkirurgi, gynekologi/føde, barnemedisin, hjertemedisin, nyremedisin, nevrologi, øre-nese- hals og øye. Alle disse tjenestene er i dag etablert ved sykehuset på Lillehammer, med unntak av øre-nese-hals (Gjøvik) og karkirurgi (Hamar). Disse tjenestene kan med enkle grep reetableres på Lillehammer.
- Lillehammer er allerede et godt etablert traumesykehus som er utviklet i flere år og i dag allerede godt implementert i det desentraliserte nettverket. Traumatologi er ingen egen spesialitet i Norge, men man er avhengig av et samspill mellom spesialiteter ved

¹ Utgitt av Kommunal- og regionaldepartementet og Miljøverndepartementet 2013. [Lenke](#).

forskjellige sykehusavdelinger. Det er ikke riktig at jo større et sykehus er, desto bedre og mer effektivt blir det (Tidsskriftet Den Norske Legeforening tirsdag 4 april 2017).

- 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.

Begrunnelse for utredning av modell 2B bes også lagt til grunn ved utredning av modell 3C.

Lillehammer kommune viser til at det i den pågående revisjon av kommuneplanens arealdel og byplanen vil tilrettelegges for tilstrekkelig areal for framtidige utbygging og utvidelser ved sjukehuset på Lillehammer uavhengig av hvilken modell styret i SI konkluderer med.

Konklusjon: Lillehammer kommune anbefaler at man i den kommende konseptfasen utreder alternativ 2B, akuttisykehus i Lillehammer og Elverum. Alternativ 3C (Lillehammer, Gjøvik og Elverum) bør også utredes..

Vennlig hilsen
Nanna Egidius