

Høring

Høringsuttalelser må sendes til postmottak@sykehuset-innlandet.no eller til postadresse Sykehuset Innlandet HF, Postboks 104, 2381 Brumunddal, innen fristen 12. mai 2017, og merkes "Høringsuttalelse Idéfaserapport". Innkomne høringsuttalelser blir forelagt styret i Sykehuset Innlandet til foreløpig gjennomgang og vurdering i styrets møte 16. juni 2017.

Fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF

Det vises til høringsbrev av 01.02.2017. LO i Gjøvik. Nordre og Søndre Land. Østre og Vestre Toten og Valdres (LO:GLTV) ønsker å uttale seg i saken.

Innledning

Hedmark og Oppland fylker utgjør det geografiske ansvarsområdet for Sykehuset Innlandet (SI). Det er et stort geografisk område (52 000 km²) som ikke har et naturlig sentrum. Dette skaper utfordringer for strukturering av spesialisthelsetjenesten. Bedre prehospitale tjenester, og bedre kvalitet på veiene, er ikke gode argumenter for å reise lengre. Geografien vil forbli uendret. Litt flere vil bo i byene, og antall eldre vil øke og kreve flere helsetjenester.

Idéfaserapporten er det sentrale høringsdokumentet. De ulike modellene for framtidig sykehusstruktur, ligger i det som kalles Mjøs-regionen. Alle modellene bygger på de samme, usikre forutsetningene. Det anbefalte alternativet, er et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua, med underliggende varianter. Modeller som omhandler to eller tre sykehus, holder også sykehusene på Tynset og i Kongsvinger utenom. Lokalmedisinske sentre (LMS) omtales som alternativer til sykehus, til tross for at LMS er en samarbeidsarena.

Økonomi

Nytt hovedsykehus er foreløpig antatt å koste 12 milliarder kroner. Moderselskapet HelseSørØst (HSØ) stiller noen økonomiske vilkår. Driftsoverskudd settes inn på en konsernkonto, og kan bli regnet som egenkapital. Det kreves 30% oppspart egenkapital før resten av byggesummen kan lånefinansieres. Lånet vil bli et serie lån på kommersielle vilkår. Det antas at et så stort prosjekt krever flere byggetrinn. Det vil ta tid. Tidligste byggestart kan bli i år 2022.

Dersom nytt hovedsykehus skal bygges, vil vi først få en lang og krevende overgangsfase, hvor det skal spares opp egenkapital, i tillegg til løpende drift. Deretter må overskudd sikres og lån betales ned. Det er lett å se for seg at dette medfører uoverkommelige driftsproblemer. SI kan ikke påregne at kommunene kan avlaste sykehusene slik som beskrevet i idéfaserapporten, og i økonomisk langtidsplan (ØLP). Kommunene vil ikke forstå samhandlingsreformen på denne måten. Det er lite sannsynlig at kommunene får tilført ressurser, faglig og økonomisk, som setter de istand til å ivareta oppgaver som sykehuset ivaretar i dag.

Det øvrige innsparingspotensialet er også overdrevet. De nåværende sykehus er kostnadseffektive. Dramatiske kutt er allerede gjennomført. Sengetallet er allerede kraftig redusert. Ingen ny teknologi ser ut til å redusere sengebehovet dramatisk i framtida. Beredskapen bør ikke svekkes, og det er ikke forsvarlig med stor reduksjon i antall ansatte, hverken på kort eller lang sikt.

SI har en stor og differensiert bygningsmasse av varierende kvalitet. Alt i fra verneverdig til nybygg. Den økonomiske situasjonen innbyr kun til moderat oppgradering av bygningsmassen. Dersom det bygges et nytt sykehus ved Mjøsbrua, vil det være en tap-tap situasjon for alle byene ved Mjøsa. Det vil generere mye transport. Både pasienter og personell vil bidra til vekst i trafikken, til stor skade for miljøet og økonomien.

Store akuttisykehus

Den nasjonale helse og sykehusplanen definerer sykehus som skal betjene mer enn 60.000 til 80.000 innbyggere, som store akuttisykehus. Nasjonalt har debatten handlet om akuttkirurgi ved de små sykehusene. I SI er det motsatt. Her trues akuttberedskapen ved de største sykehusene. Nasjonalt overlates styringen til foretakene. Det er mange problemer med foretaksmodellen, men det faller utenfor rammen av denne høringen.

De fleste pasienter som legges inn på sykehus, kommer som øyeblikkelig hjelp. Derfor er akuttberedskap meget viktig. Den største pasientgruppa skal på medisinsk avdeling. Ikke minst eldre pasienter som blir innlagt med symptomdiagnose, og denne pasientgruppen er økende (eldrebølgen). Da trengs det breddekompetanse. Ortopedi er et stort fag. De aller fleste brykker ett eller annet, før eller senere. Er ulykken ute, så trengs det en kirurg som kan åpne en buk og stanse en indre blødning. Ellers vil du kanskje aldri nå fram til nasjonalt traumesenter (Ullevål) i tide. Derfor må vi ha gastrokirurger på alle sykehus. Anestesi trengs overalt, det sier seg selv. Jo lenger det er til fødeavdelingen, jo flere er det som ikke vil nå fram i tide. Kravet er fødeavdeling på alle sykehus. Sykehus skal også ha et distriktspsykiatrisk senter (DPS), og akutt plasser for rus-pasienter.

Det finnes fordeler og ulemper med alle modeller, men breddekompetanse må finnes på alle allsidige akuttisykehus. Derfor går LO.GLTV for en modell med tre store og allsidige akuttisykehus i det sentrale innlandet. Lillehammer, Elverum og Gjøvik. Sammen med Tynset og Kongsvinger får vi da 5 somatiske akuttisykehus i innlandet. En stor svakhet med idéfaserapporten, er at den ikke skiller klart på hva som trengs for å sikre allsidig akuttberedskap, og den øvrige virksomheten. Det fremgår heller ikke hvilke fagområder som betjener små pasientgrupper. Vi foreslår at sykehusene skal alle ha minst følgende akuttfunksjoner: indremedisin, ortopedi, gastro/generell kirurgi, anestesi, føde/gyn, psykiatri, røntgen og lab.

Det kreves et stort volum av pasienter dersom en medisinsk spesialitet skal finnes på alle lokasjoner. Alle kan ikke ha alt. Ingen sykehus er komplette. Funksjoner bør finnes på ett eller flere steder. Kompetente fagmiljøer lar seg ikke flytte uten vesentlige tap. Her er noen eksempler på funksjoner som bør beholdes der de er. Lillehammer bør fortsatt ha nevrologi, kvinneklinikk og barneavdeling. Gjøvik bør ha kreftbehandling og øre/nese/hals. Elverum bør ha øyemedisin og øre/nese/hals.

LO.GLTV mener at sykehuslokalene på Hamar fortsatt skal komme til nytte. De kan huse et elektivt spesialsykehus, (planlagt virksomhet) med vekt på små kirurgiske fag, poliklinikker og dagbehandling. Akuttberedskapen flyttes til Elverum.

Sammendrag

SI bør prioritere akuttberedskap. Vi vil derfor gå for en modell med tre store og allsidige akuttisykehus i det sentrale innlandet. Lillehammer, Elverum og Gjøvik. Sammen med Tynset og Kongsvinger får vi da 5 somatiske akuttisykehus i innlandet. To i Oppland og tre i Hedmark. Til dette kreves det i liten grad investeringer i nye bygg. Sengetallet bør økes jevnlig, slik at den gjennomsnittlige beleggsprosenten blir på 85%. Høyere beleggsprosent svekker kvaliteten på behandlingen.

Hamar gjøres om til et elektivt spesialsykehus med vekt på små kirurgiske fag, poliklinikker og dagbehandling. Akuttfunksjonene flyttes fra Hamar til Elverum. De tre store sykehusene skal alle ha minst følgende akuttfunksjoner: indremedisin, ortopedi, gastro/generell kirurgi, anestesi, føde/gyn, psykiatri, røntgen og lab. Andre funksjoner kan med fordel fordeles mellom sykehusene i et nettverk. Prehospitaltjenester samt lokalmedisinske sentre (LMS) bør videreutvikles og styrkes.

Alderspsykiatriske sengeposter, poliklinikker og ambulante tjenester etableres ved de tre store akuttpsykiatriske enheter. De psykiatriske akuttambulante enheter/team skal styrkes og samarbeide med de interkommunale legevaktene. De psykiatriske sykehusene på Reinsvoll og Sannerud beholder sine akutfunksjoner. Spesialisert rehabilitering for slagpasienter opprettholdes på Solås. Erfaringer tilsier at kompetente fagmiljøer ikke lar seg flytte uten vesentlige tap.

Konklusjon

LO.GLTV er imot nytt hovedsykehus. Med sterk befolkningsvekst i Oslo, vil det bli mindre penger til innlandet, til tross for eldrebølgen. LO.GLTV mener at sparing til egenkapital og stort låneopptak til nybygg, er feil prioritering. Den økonomiske situasjonen innbyr kun til moderat oppgradering av bygningsmassen. SI kan ikke påregne at kommunene får økonomiske og faglige ressurser til å kunne avlaste sykehusene.