



Pensjonistforbundet
Oppland

Sykehuset Innlandet HF
Postboks 104
2381 Brumunddal

Sykehuset Innlandet HF	
Saksnr.	16/06883-10
24 MAR 2017	
Arkiv kode	016
U.off.	
Max år	
Beh.	HELSE

Høringsuttalelse Idéfaserapport.

Pensjonistforbundet, Oppland, vil avgi følgende høringsuttalelse vedrørende **Fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF.**

Sykehuset Innlandets visjon:

"Sykehuset Innlandet skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, **bosted**, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi".

Uthevingen gjort av oss.

Generelle synspunkt.

Vi mener idéfaserapporten i for stor grad vektlegger fordelene med et hovedsykehus mens viktige forhold er undervurdert eller helt utelatt.

- Sykehuset Innlandet HF, (SI), er landets største helseforetak i areal og av de største også når det gjelder folkemengde.
- Det omfatter halve arealet i hele Helse Sør-Øst (HSØ).
- Resten av arealet i HSØ er fordelt på 7 helseforetak, det minste er sykehuset Telemark med befolkning ca 20 000 færre enn det er i Oppland og Hedmark hver for seg.
- SI's areal er med sine 52 589 km² 25% større enn Danmark (43 094 km²).
- Utredning fra SSB viser at 95 % av befolkningen i HSØ har under 1 time til nærmeste akuttisykehus. Det betyr at 135 000 innbyggere har mer og av disse bor 1/3 (45 000) i Gudbrandsdalen og Valdres med 1-3 timer til nærmeste akuttisykehus.

- Oppland er fra før landets største hyttefylke. Utviklingen de senere årene har vist en sterkt økende etterspørsel og salg av hytter i fylket. Mye av hytteeiernes og tilreisendes aktiviteter medfører økt skaderisiko, i tillegg til andre akutte helseproblemer.
- I følge samfunnsanalysen øker transportbelastningen betydelig ved en sentralisering til et sykehus ved Mjøsbrua. For pasienter og pårørende med ca 25 millioner personkilometer (økning 57%). For ansatte med ca 30 millioner personkilometer (økning 175%), hvilket betyr at de enten må flytte eller akseptere en økt arbeidsreisebelastning på minst 300 årsverk.

Diskusjon.

Utredningen legger stor vekt på kravet til spisskompetanse og spesialiserte tjenester, økte krav til og behov for kostbart utstyr, utvikling innen teknologi med større behandlingsmuligheter ved lokalmedisinske sentre og prehospitale tjenester.

Det er riktig at det er en rivende teknologisk utvikling, men ingen vet hva den kan gi av muligheter 20 år frem i tid. Uansett er det lite trolig at den vil redusere behovet for akuttinnleggelse eller henvisninger til sykehus. Majoriteten av innleggelse i sykehus er akuttinnleggelse i dag.

Avstand til nærmeste akuttisykehus er en viktig faktor og i innlandet er forskjellene betydelige. De kompenseres i svært liten grad av bedre veier og prehospitale tjenester. Ved sentralisering til et akuttisykehus ved Mjøsbrua vil ikke bare de 45 000 i Oppland som har fra 1 - 3 timer til nærmest akuttisykehus, men ytterligere nær 10 000 i Oppland og et stort antall som i dag har Elverum som nærmeste akuttisykehus få slik økt negativ belastning.

De lokalmedisinske sentrene i Oppland, LMS Fagernes og LMS Otta, vil aldri kunne erstatte akuttisykehus. De vil kunne erstatte noen polikliniske, men til nå har utviklingen gått langsomt og haltende, med manglende vilje blant flere sykehusspesialister til å møte ved LMS'ene. Situasjonen er bedre for LMS Fagernes enn for Otta.

Røntgentilbud har man kun på dagtid på hverdager med en radiograf. Når vedkommende har ferie eller er fraværende av andre grunner er det intet tilbud. Det burde løses ved at legevaktpersonalet lærer seg til å betjene apparaturen slik at i de i alle fall kan ta bilder ved skader i armer og ben og ta lungebilder.

Bildene går jo online til radiolog på sykehusene som kan gi umiddelbar tilbakemelding til legevakten.

Befolkningen i Valdres og mesteparten av Gudbrandsdalen har ingen mulighet til å få optimal, akutt hjerneslagbehandling. CT-undersøkelse er nødvendig før behandling kan gis. Norsk Luftambulans har satt i gang forsøk med mobilt CT-apparat, men foreløpig er resultatet ukjent og det er usikkert i hvilket omfang det kan tas i bruk.

Inntil det er mulig bør et alternativ være å installere CT-apparat ved hvert av de to LMS'ene, men det vil også kreve radiograf i døgnvakt alle ukens 7 døgn. For å tilnærme seg SI's visjon burde det likevel prioriteres.

Idéfaserapporten påpeker den betydelige utfordringen og endringen i behov som den demografiske utviklingen gir med stor økning i antall eldre. Forekomsten av kreft som en i stor grad aldersrelatert sykdom vil øke, derav krav til økt behandlingskompetanse. Men ellers vil utviklingen øke behovet for breddekompetanse og geriatriisk kompetanse. Viktigere enn å planlegge en sykehusstruktur etter de mest spissede spesialitetsbehovene vil det være å utvikle en betydelig styrket breddekompetanse og geriatriisk tilbud ved innlandets sykehus.

SI må foreta en kritisk gjennomgang av hvilke spesialtilbud de skal ivareta i forhold til befolkningsgrunnlag. Skal det være egne vaktlinjer f. eks i fag som karkirurgi (utredning i HSØ fra 2010 konkluderte med at det krevde et befolkningsgrunnlag på 1,5 - 2 mill innbyggere) eller urologi? Er det riktig å ha tilbud om radikaloperasjon for prostatakreft i SI eller bør et så teknisk vanskelig inngrep samles på regionsykehusene slik mange i det urologiske fagmiljøet mener?

Man bør utvikle tjenesten i samsvar med en nivåtenkning, der høyt spesialiserte tjenester må ivaretas på regionsykehusnivå og der SI skal ivareta oppgaver det er befolkningsgrunnlag for å ivareta dem på en kvalitetsmessig god og forsvarlig måte.

Ikke bare vil kompetansen og kvaliteten bli for svak om man etablerer tilbud med for tynt befolkningsgrunnlag, man vil også bidra til å svekke kompetansen ved regionsykehusene ved at de fartas pasienter som er nødvendige for at de skal opprettholde tiltrekkelig rutine og erfaring.

I idéfaserapporten savner vi vurdering av beredskap i forhold til medisinske katastrofer. Ved bare *ett* akutt sykehus mellom Oslo og Trondheim vil Innlandet være svært sårbart ved større katastrofer.

Det vil kreve betydelig oppbygging av teknisk og faglig kompetanse i kommunene hvis vesentlige oppgaver, slik utredningen forskutterer, skal overføres til kommunene. Det mener vi ikke er realistisk. Bl.a. består legeressursene i kommunene i dag av allmennleger og samfunnsmedisinere. De har ikke utdanning som sikrer ivaretagelse av oppgaver som i dag tilhører spesialisthelsetjenesten.

Behovet for samlokalisering av tilbudet innen rus og psykiatrisk behandling med somatisk sykehus stiller vi et spørsmål ved. Ved akuttinnleggelser kan det ha sine fordeler, men ellers vil behandlingene kreve rammebetingelser som avviker betydelig og vanskelig lar seg tilpasse den hektiske virksomheten man har i et somatisk sykehus.

Vi mener de økonomiske forskjellene mellom de ulike alternativene som beskrives er små og usikre bortsett fra 0-alternativet. Inntil et evt. nytt hovedsykehus måtte stå ferdig vil det kreves betydelige investeringer i oppgradering av driften ved de eksisterende sykehus.

Konklusjon.

- Pensjonistforbundet, Oppland, går mot etablering av *ett* felles akuttsykehus for Innlandet.
- Vi støtter en modell med opprettholdelse av 3 akuttsykehus i det sentrale området, et allsidig akuttsykehus i Elverum, et allsidig akuttsykehus på Lillehammer og et akuttsykehus på Gjøvik.
- Sykehuset på Lillehammer bør i tillegg til den utviklingen som har funnet sted tilbakeføres til det allsidige sykehuset det var før SI ble etablert. Det innebærer bl.a. at brystkreftkirurgi tilbakeføres til det helhetstilbudet det var før det ble flyttet til et fragmentert tilbud på Hamar, og at urologi tilbakeføres.
- Gjøvik bør i tillegg til akutt indremedisin, ortopedi og generell kirurgi fortsatt ha Øre-Nese-Hals-avdeling for Oppland og ivaretas og videreutvikles som et senter for stråleterapi og onkologi.
- De lokalmedisinske sentrene på Fagernes og Otta må videreutvikles og sikres et stabilt tilbud med spesialister fra sykehusene. Inntil slik stabilitet er sikret bør man ikke prioritere et lokalmedisinsk senter på Hadeland,

derfra har man jo tilbud ved 4 akuttstusykehus innenfor en times transportavstand.

- Samarbeidet mellom legevaktene ved LMS'ene og sykehusene må styrkes, bl.a. vedrørende døgntilbud om røntgenundersøkelse og snarest mulig også mulighet for CT-scanning ved hjerneslag.

Til slutt: Vi må kreve at SI i sin planlegging i størst mulig grad tilstreber å etterleve sin egen visjon: **"Sykehuset Innlandet skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi"**.

Pensjonistforbundet Oppland 23.03.17



Per Eivind Furseth
Leder



Frode Veian
Leder helseutvalget