

Fremtidig sykehusstruktur Sykehuset Innlandet (SI)



Høringsfrist: 12.05.2017

Hørings svar fra Lillehammer Høyre



Bakgrunn

Lillehammer Høyre gikk til valg ved Kommune – og fylkestingsvalget i 2015 for et komplett akuttsykehus på Lillehammer. Styret i Lillehammer Høyre nedsatte vinteren 2017 et helsepolitisk utvalg til å behandle Sykehuset Innlandets (SI) høringsdokumenter¹ (i hovedsak Idefaserapport og Samfunnsanalyse) til fremtidig sykehusstruktur, med høringsfrist 12. mai 2017.

I SIs høringsdokumenter foreligger forslag til ny fremtidig sykehusmodell². SI anbefaler at nytt akutt hovedsykehus bygges ved Mjøsbrua. De øvrige sykehus skal ikke legges ned, men skal omorganiseres med nye funksjoner og desentralisering ut fra at akuttfunksjoner og andre høyt spesialiserte fagområder legges til det nye hovedsykehuset.

Hvis anbefaling om nytt hovedsykehus ikke vedtas, har SI også fremlagt forslag til flere modeller for organisering av fremtidig sykehusstruktur og ber om høringssvar på disse ulike modellene. Selv om Sykehuset innlandet i sin idefaserapport på s. 127 ikke anbefaler en to-sykehusmodeller, så anser de at ved valg av en slik modell at 2B, med Lillehammer, er best egnet sykehus med akutte områdefunksjoner.

Styret i Lillehammer Høyre vedtok på styremøtet onsdag 5. april 2017 enstemmig å anbefale løsning 2B som fremtidig struktur.

Ledelsen i SI HF har i brev av 1. feb 2017 bedt høringsinstansene om å uttale seg om seks sentrale spørsmål for å strukturert få frem synspunkter på SIs fremtidige faglige tilbud. Dette høringsdokumentets drøftingsdel tar derfor utgangspunkt i høringsspørsmålene. Imidlertid presenteres hovedkonklusjonen med hovedpunkter først.

God lesing!

Oddvar M. Møllerløyken

Ole Rolstad

Leder, Lillehammer Høyre

Gruppeleder, Lillehammer Høyre

¹ <https://sykehuset-innlandet.no/fremtidig-sykehusstruktur>

² <https://sykehuset-innlandet.no/fremtidig-sykehusstruktur/rapporter-og-analyser>.

Hovedkonklusjon

Lillehammer Høyre fremmer følgende forslag:

Alternativ 2B: Fremtidig modell med to store akuttisykehus i Mjøsregionen der Lillehammer og Elverum beholdes som akuttisykehus.

Grunnet Sykehuset Innlandets meget store geografiske opptaksområde og topografi, mener Lillehammer Høyre at fremtidig sykehusstruktur må spres for å tilfredsstille det reelle pasientbehovet. Dette gjøres best med ett stort akuttisykehus i hvert fylke tilknyttet de lokaliseringer som gir best geografisk spredning, videre må man ta utgangspunkt i de sykehusene som har en eksisterende god struktur og bygningsmasse. Herunder vektlegger vi følgende;

- Sykehuset på Lillehammer er det sykehus i SI med flest helhetlige tilbud og tjenester, og et godt traumemottak.
- Lillehammer sykehus beskrives i Idèfaserapporten 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 utviklingspotensiale som akuttisykehus enn det mulighetsstudiene konkluderer.
- 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 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 2017³).
- Kort avstand til Oslo og svært godt utviklet infrastruktur i den sørlige delene av SIs opptaksområde gjør at SI´s reelle tyngdepunkt ligger lenger nord enn det et hovedsykehus ved Mjøsbrua er ment å representere:
 - Høringsdokumentene tar for lite hensyn til infrastruktur i de nordlige deler av SIs oppaksområde som er dominert av to dalfører (Gudbrandsdalen og Østerdalen) som i begrenset grad korresponderer på tvers. Mange av disse har lengre avstand til sykehus Lillehammer enn de som bor i Valdres. Her har Elverum og Lillehammer som porter til dalførene en viktig strategisk posisjon.
 - Turisme er utelatt fra pasientgrunnlag i Høringsdokumentene. Dette er en sterk svakhet ved de beregninger som er foretatt. Turisttallene må også beregnes som en del av pasientgrunnlaget da antallet og aktiviteten påvirker behovet for akutte helsetjenester i opptaksområdets nordlig del. For eksempel har den nordlige delen av Gudbrandsdalen flere kommersielle overnattinger i året enn hele Hedmark fylke til sammen.
 - Distriktmedisinske sentre (DMS) vil ikke ha nok bemanning eller kvalifikasjoner nok til å håndtere alvorlige skader ved dårlig fly- eller kjørevær. Klimaendringene har medført mer uforutsigbare værforhold. Luftambulans vil ikke alltid kunne fly, det er da viktig at avstand til akuttisykehus er innen rimelig distanse i både Østerdalen, Gudbrandsdalen og Valdres.
 - Buss-og togavganger nordover fra Lillehammer er mer sjeldne enn sørover. Pasienter som bor nord for Lillehammer har større utfordringer med offentlig transport og har lengst avstander. Dette vil påvirke trafikkbilde og miljøhensyn, noe Høyre mener ikke i tilstrekkelig grad er tatt hensyn til.

³ <http://tidsskriftet.no/2017/03/leder/en-varslet-katastrofe>

- Gudbrandsdalen har flere store alpinbakker med høy skadefrekvens i vintersesongen. Dette utgjør et geografisk argument. I tillegg har vi nasjonalparker som ligger i nordlig område.
- Sykehuset innlandets geografiske midtpunkt nord for Ringeby; med andre ord i den delen som har de mest utfordrende kommunikasjonslinjene. 2B vil løse dette ved at Lillehammer og Elverum blir hovedsykehus som fanger opp hvert sitt dalføre og del av opptaksområde på en effektiv måte.
- Lillehammer sykehus har i dag god rekruttering. Kort vei til fritidsaktiviteter og arbeid mener vi er sterkt undervurdert i høringsdokumentene som attraktivitet for rekruttering av helsepersonell.
- En sentralisering med etablering av ett høykompetent hovedsykehus utenfor urbane strøk sees ikke som en god løsning med tanke på rekruttering av høykompetente mennesker i etableringsfasen. Disse vil kunne velge alternative helseforetak.
- Etablering av nytt hovedsykehus ved Mjøsa vil konkurrere med og svekke rekruttering til lokalsykehusene selv om det drives dagkirurgi og enkelt akuttvirksomhet. Nytt hovedsykehus vil ramme byene ved at de mister mange høykompetente arbeidsplasser og bosatte.
- Et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua vil gi store miljø- og trafikkbelastning knyttet til dagpendling fra de tre Mjøs-byene. I tillegg kommer pasienttransport. Dette er lite miljøvennlig og kostnadskrevende. SI har som miljømålsetting 2015-17 å redusere CO²-utslipp⁴.
- Brystkirurgi og urologi kan tilbakeføres til Lillehammer. Gjøvik videreutvikler senter for stråleterapi og onkologi. I tillegg til akutt indremedisin, dagkirurgi ortopedi og generell kirurgi bør Gjøvik fortsatt ha hørselssentral.
- Nærhet til forskningsinstitusjoner som Høgskolen i Innlandet (Lillehammer) og Cyberforsvaret på Jørstadmoen er viktig å beholde.
- Norge har, og vil fortsatt ha, et fritt sykehusvalg. Bosatte sør i SIs område har stor mulighet til å velge alternative behandlingssteder – den samme valgfriheten er grunnet reiseavstand vanskeligere jo lenger nord man beveger seg i området. Her kan spesielt også nevnes LHL-klinikkene som bygges på Gardermoen. Den geografiske tettheten av sykehus sørover må vektlegges i mye større grad enn hva rapportene gjør. Her må sykehus-Norge sees i sammenheng – og ikke SI isolert.
- IKT-løsninger og digitale samhandlingsformer bør kunne sikre en bedre samhandling mellom sykehusene enn det er tilfelle i dag, med mulighet til å kvalitetssikre bedre felles vaktordninger og samhandling med kommunene på flere måter enn i dag. Digital utvikling og kostnader vil trenge store fremtidige investeringer. Kostnadsvurdering vedrørende digital utvikling mener Høyre i for liten grad er beskrevet i rapportene.
- Lillehammer er allerede fysisk samlokalisert med DPS og BUP, og spørsmålet er potensialet for mer samhandling enn i dag. Lillehammer har også utbyggingsmuligheter rent bygningsmessig slik at det kan tilrettelegges for overføring av noe mer psykiatri. Det er i rapporten altfor dårlig fokusert på fremtidige utbyggingsmuligheter. Vi redegjør for det nærmere i høringssvaret.
- Lillehammer sykehus blir fra høsten 17 samlokalisert med ny interkommunal legevakt, noe som gir grunnlag for ennå bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de nærmeste kommunene.

⁴ <https://sykehuset-innlandet.no/Documents/Om%20oss/%C3%85rsrapport%202016.pdf>

- Revmatismesykehuset, og Skogli, har et godt og nært samarbeid med SI Lillehammer, noe som kan svekkes ved etablering av nytt hovedsykehus.
- Nytt sykehus over en viss størrelse gir mer administrasjon og større avstand mellom ledelse og som tar kliniske beslutninger.
- Behandling på et hovedsykehus og oppfølging på mindre sykehus kan føre til fragmentering av pasientforløp, og mer uoversiktlig for pasienter og pårørende.

Spørsmål til høringsinstanser

Høringsspørsmål 1

I tillegg til en desentralisert spesialisthelsetjeneste, med flere tjenester nær der pasienten bor, vil en endring av sykehusstrukturen åpne for et annet tilbud i enkelte av dagens sykehus.

- 1. Hvilke spesialisthelsetjenester kan utvikles i felleskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?**
- 2. Hvilke kommunale/interkommunale primærhelsetjenester for øvrig kan eventuelt lokaliseres i frigjorte arealer?**
- 3. Er det andre helse- og sosialtjenester innen kommunen / regionen som med fordel kan samlokaliseres i de sykehuslokalene som eventuelt blir frigjort?**

Lillehammer Høyre er enige om at vi skal utvikle pasientens helsetjeneste der det skal legges til rette for gode og helhetlige pasientforløp. Dette er forankret i Nasjonal helse – og sykehusplan (2016-19)⁵ hvor et av hovedmålene er å styrke pasienten.

Regjeringens mål Regjeringen vil styrke pasientens stilling i helsetjenesten, derfor bygger vi pasientens helsetjeneste. I pasientens helsetjeneste er pasient og helsepersonell likeverdige samarbeidspartnere. For å realisere pasientens helsetjeneste må makt og innflytelse flyttes fra systemet til pasienten. Pasientene skal ha tilgang til kvalitetssikret informasjon om egen helse slik at de kan delta i beslutninger om egen behandling, og de skal være aktivt med i utformingen av helsetjenesten.

Lillehammer Høyre er enig med idefaser rapporten s. 45:

I utviklingen av fremtidens spesialisthelsetjeneste vil følgende forhold være av stor betydning:
• *Pasientperspektivet vil styrkes med tydelig fokus på pasientsikkerhet og pasientmedvirkning. Pasientene vil stille større krav til tilgjengelighet, valgfrihet og åpenhet, med mulighet til å vurdere kvalitet.*

Lillehammer Høyre er videre enig med rapporten s. 70:

Regjeringen ønsker at pasientens behov skal være styrende for hvordan vi organiserer sykehusene og hva slags oppgavedeling det skal være mellom sykehus i fremtiden.

Lillehammer Høyre savner imidlertid større fokus på hva pasientens behov egentlig er på tvers av samhandlingsreformen og nasjonal helse- og sykehusplan og mener dette ikke er utredet godt nok. Vi er bekymret for at det i rapportene fortsatt er økonomiske styringsparametre som står i fokus, og ikke pasientens ulike behov i sine pasientforløp.

5

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

Ut fra fokus på dette viktige tema nevnt her savner Lillehammer Høyre fokus på andre utfordringer og gap som ikke er inkludert i utredningene, men som i Nasjonal sykehusplan anses som viktige:

Lillehammer Høyre savner i idefaserapporten til Sykehuset Innlandet utredninger når det gjelder *pasientens behov for omfordeling av makt og innflytelse for å bli aktive pasienter i egne pasientforløp*. I en slik fase hvor det legges vekt på å skape pasientens helsetjeneste, mener vi det er viktig å utrede hvilke ønsker og behov pasientene har for å oppleve gode pasientforløp som må vurderes og prioriteres i sammenheng med fremtidige bygg og struktur. Lillehammer Høyre ønsker at fremtidig planlegging og utredning retter større fokus på pasientens behov og mindre ut fra ut fra systembehov og faglige behov selv om disse fortsatt må ses i sammenheng. Klagesaker fra Rapporter fra blant annet Pasient- og brukerombudet og Helsetilsynet viser utfordringer pasienter kan oppleve, og antyder at det kan være manglende kompetanse innen brukermedvirkning både i sykehusene og ute i kommunene. Pasient- og brukerrettighets-loven pålegger helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten å informere pasientene om sin egen helsetilstand, og skal føre til at pasienten kan medvirke aktivt i egen forebygging, behandling og egenomsorg. Å involvere pasientene aktivt medfører at fremtidig sykehus må bygges mer rundt pasientens behov, og mer på kompetanse for å bygge relasjoner og øke pasientsentrert arbeid.

Samhandlingsreformen skulle flytte tjenestene nærmere der pasienten bor, og utvikling av helhetlige pasientforløp var et av de viktigste mål. KS viser til at samhandlingsreformen så langt fortsatt har store utfordringer, som i for liten grad er belyst opp mot fremtidig sykehusstruktur og de økonomiske omfordelinger det medfører og reelle kostnader⁶. Det mest vanlige forløpet er hjem – sykehus - hjem. Brukermedvirkning er også her en en lovfestet rettighet for pasienten og en lovpålagt plikt for helsetjenesten, og er en forutsetning for å lykkes med å styrke pasienten og skape pasientens helsetjeneste. Pasient- og pårørendeopplæring er en av sykehusets fire hovedoppgaver, og skal understøtte behandling, forskning og utdanning – også ute i kommunene. Lillehammer Høyre finner at det må være nødvendig å sette fokus på alle disse områder som må ses i sammenheng med utvikling av ny sykehusstruktur. Å styrke pasienten gjennom tilrettelegging av kunnskap og stimulere til aktiv deltakelse og medvirkning vil være nødvendig for å forebygge og dempe behovet for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette vil medføre krevende omorganiseringer og innovasjon med utvikling som krever økonomiske tiltak som Høyre mener ikke er kostnadsmessig medregnet i rapportene.

Lillehammer Høyre svarer følgende på høringsspørsmålene:

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

Pasientenes helsetjeneste innebærer en ny og myndiggjort pasientrolle i helsevesenet, basert på at «ingen avgjørelse skal tas om meg, uten meg». All behandling av pasienten skal understøtte pasientens mestring av egen helse. ⁷ (Sluttrapport samhandlingsreform fra KS).

⁶ <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/helse-og-velferd/samhandlingsreformen/forskning-og-evaluering/sluttrapport-nasjonalt-nettverk.pdf>

⁷ <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/helse-og-velferd/samhandlingsreformen/forskning-og-evaluering/sluttrapport-nasjonalt-nettverk.pdf>

Lillehammer Høyre er opptatt av at både i primær-og spesialisthelsetjenesten skal informasjon, tilrettelegging og kunnskap til den enkelte pasient tilbys slik at pasienten i størst mulig grad blir styrket i sin egen behandlingsprosess både under, eller mellom behandlingene og styrke egenomsorg på hjemmebane. Dette er viktig for pasienter og pårørende på grunn av stadig kortere liggetid.

Tiltak på tvers:

- Ledelsene må prioritere sterkere fokus på kunnskapsstøtte til pasient-og pårørendeopplæring på tvers langs hele pasientforløpet innen de ulike disipliner og fag.
- Kompetanseheving. Holdninger og kulturendringer. Felles forankring i pasient-og pårørendeopplæring og brukermedvirkning, med fordeling av oppgaver og roller på ulike tjenestenivå. Rehabilitering inngår i dette og skal igangsettes ut fra pasientens behov.
- i fellesskap utvikle og ha oversikt over tiltak på at helsepersonell utfører sin plikt til informasjon og opplæring, og hvordan pasientene opplever denne tjenesten. (legge til rette for systematisk og aktiv brukermedvirkning på alle nivå).
- Utvikling av digitale verktøy for pasienter vil bli svært viktige, noe som i liten grad er berørt kostnadsmessig i utredningene.
- Sterkere samvalg i valg av behandling og rehabilitering.

Organisatoriske tiltak:

- Fastlegene bør få mer direkte samarbeid med spesialister på sykehus, og tilbys mer støtte fra mikroteam (enten fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten) slik at pasientens behov kan dekkes av de relevante faggrupper når de oppstår hos pasienten og med god brukermedvirkning.
- Aktiv brukermedvirkning i prioritering av kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet gjennom for eks utvikling av kunnskapsbasert praksis med utvikling av prosedyrer som sikrer kvalitet i behandlingen langs hele pasientforløpet med fokus på pasientsikkerhet.
- Landets første nasjonale forskningslaboratorium for primærhelsetjenesten, åpnet høsten 2016. (UiO:Ecolab) Laboratoriet har i dag samarbeid med Høgskolen i Sør-Norge og med kommunehelsetjenesten i Oslo og Ål.
 - a. Her kan forskere teste ut hvordan samarbeidet kan bli best mulig mellom pasienter, pårørende og helsepersonell.
 - b. Skal brukes til å teste ut hvordan allmennleger, sykehjem, hjemmesykepleien og helsestasjonene kan bedre kommunikasjon seg imellom.
 - c. Skal teste ut hvordan simuleringer kan brukes til å tilegne ny kunnskap i primærhelsetjenesten, også innen velferdsteknologi.

Forskning er viktig å ta i bruk ved utvikling av fremtidig sykehusorganisering. Idefaserapporten s. 45 påpeker:

Klinisk forskning og utdanning vil ha større integrasjon mot klinisk virksomhet og synergier bør understøttes organisatorisk.

Forskning bør fremover i større grad utvikles i nært med samarbeid med pasienter/brukere, og faglig med nærliggende høgskoler. Det savnes kostnadsberegninger i utredningene samt konsekvenser av å flytte sykehuset til et sted uten slik umiddelbar nærhet til forskningsmiljøer.

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

- Pasient- og pårørendeopplæring (Læring-og mestringssentre LMS), brukermedvirkning med fokus på forebygging og funksjonsnivå, evt frisklivssentraler.
- Pasienthotell med opptrening/rehabilitering.
- Enkle poliklinikkjenester (sårstell, enkle kontroller innen de ulike medisinske spesialiteter osv)

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

- Mikroteam knyttet til fastlegeordning og/eller legevakt?
- Ambulante team?

Høringsspørsmål 2:

Samtidig som tjenestene i så stor grad som mulig bør være nær der pasientene bor, er det behov for å samle de mest spesialiserte tjenestene. Dette gjelder f. eks. tilbud innen mage-tarmkirurgi, ortopedi, urologi, karkirurgi, gynekologi/føde, barnemedisin, hjertemedisin, nyremedisin, nevrologi, øre-nese-hals og øye. Idéfaserapporten beskriver ulike modeller for en fremtidig sykehusstruktur.

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

Sykehus innlandets (SI) opptaksområde følger i grensene av Oppland og Hedmark fylk. Geografisk tyngdepunkt er Ringebu (15 mil nord/sør). Befolkningsmessig tyngdepunkt er sørlig halvdel. 400.000 mennesker bor i opptaksområdet. Tilgjengelighet er av SI HF fremhevet som et økt krav fra pasienter. Derfor er det viktig at sykehus plasseres smart i forhold til der folk er, og ikke bare vurdere ut fra der folk bor.

Høringsdokumentene vurderer ikke den store andelen turister som besøker opptaksområdets nordlige del, og som har behov for et akutt helsetilbud. Dette er viktig å få kartlagt, da denne turistaktiviteten, i tillegg til utstrakt hyttebygging, øker i stort omfang, og at opptaksområdets nordlige del har høyere «relativ sesongbefolkning», og dermed høyere behov enn det en ren analyse av fast bosatt viser (den nordlig del av Gudbrandsdalen har flere kommersielle overnattinger enn hele Hedmark til sammen). Her noen utvalgte turisttall⁸:

- Kommersielle overnattinger 2016 i Oppland: 2.773.000. Nord-Gudbrandsdal 664.400; Midt-Gudbrandsdalen 262.000; Lom 189 500; Sjøk/Vågå:170.000; Lillehammer 485 500.
- Kommersielle overnattinger 2016 i Hedmark: 1.169.000. Hamar 145 000 (kun hotell); Nord-Østerdalen 182 000; Trysil 261 600; Elverum 87 200; Ringsaker 205 000.

Tjenester bør være så nære pasientene, og de sentraliserte spesialtjenestene bør ikke være for langt unna heller. Med allerede over 2,5 times kjøretur til sykehus betyr en halvtime ekstra kjøring

⁸ <http://statistikknett.no>

mye for pasientene (og miljøet), og av den grunn bør en desentralisert modell med mer enn ett stor-sykehus anbefales. Ut fra geografi og pasientbehov bør derfor to-sykehusmodell 2B med Lillehammer og Elverum som stor-sykehus anbefales. Tilbudet blir mer spredt enn ved ett hovedsykehus, og tilgjengelighet for pasientene bør vektlegges stort.

Høringsspørsmål 3:

Nasjonalt helse- og sykehusplan (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 ivaretatt i Innlandet?

2B fremstilles kun å ha *gjennomsnittlig* oppfyllelse av *effektmålene* (Idéfaserapport, s. 98), da det ikke gir mulighet for samlokalisering med somatikk og psykiske helsevern på grunn av arealutfordringer og eldre bygg.

Her må arealkapasitetsvurderingene som er gjort i mulighetsstudien kritiseres (Idéfaserapport, kap 8.6 og Strukturelle løsningsmodeller, kap 5). Potensiale ved tomten til Lillehammer sykehus er definitivt ikke sett godt nok, det kan synes som om man kun vurderer utfra eksisterende eiet eiendom og løsninger. For eksempel kan heli-pad ligge på tak, parkering kan graves ned, enkelte eksisterende bygg kan rives til fordel for store og høye nybygg etc. Dette øker kostnadene, men det vil være dyrere å bygge nytt sykehus.

Slik sett er også de siste signalene som ble gitt fra SI HF i mars 2017 om at ingen sykehus vil bli lagt ned, selv om det bygges nytt hovedsykehus mindre troverdig, sett i et kostnadsperspektiv. Årsaken til dette er at hensikten med å bygge et nytt hovedsykehus var å samle spesialisttjenester og få færre lokasjoner. Slik sett var planen at SI HF skal bruke mindre penger, men når signalene er at de skal beholde antallet lokasjoner må også driftskostnadene øke. Lillehammer Høyre er derfor tvilende til at signalene om fortsatt drift i alle sykehus står til troende i mange år etter at et eventuelt nytt hovedsykehus står ferdig.

Delkonklusjon:

2B vil være et alternativ for også å samle psykiatri og somatikk om mulighetsstudier åpner opp for begrensede kreative løsninger – alternativt ser på andre lokasjonsmuligheter i tiknytning til Lillehammer og Elverum.

Høringsspørsmål 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?

Hvis det skal være ett hovedsykehus ved Mjøsbrua, så vil modell 1E være det som best ivaretar nærheten til den spredte befolkningen, ved at akutt sykehus med heldøgnskirurgi lokaliseres til Lillehammer og Elverum, i tillegg til Tynset (som er fredet). Slik sett vil poenget med oppfang i de to store dalførene Gudbrandsdalen og Østerdalen kunne videreføres, noe som vil ivareta et nært helsetilbud i dalførene, men også i Mjøsregionen.

Delkonklusjon:

Ett hovedsykehus ved Mjøsbrua vil få mest effekt om det er tilpasset en spredt understruktur med Lillehammer og Elverum som akuttisykehus med heldøgnskirurgi (1E). Imidlertid vil mer kreativ mulighetsstudier åpne for samlokalisering mellom psykiatri og somatikk ved eksisterende sykehus på Lillehammer. Dette vil ikke stå i veien for at utgiftene til bygge ett nytt hovedsykehus i stedet kan benyttes til å utvide eksisterende sykehus på Lillehammer og Elverum (2B), og slik sett gi et bedre tilbud til pasientene på innlandet enn det ett hovedsykehus vil gjøre.

Høringsspørsmål 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-sykehusmodellen ivaretar befolkningen best ved 2B (Lillehammer og Elverum) fordi 2B gir mest spredning i regionen, og dermed er nærhetsprinsippet best ivare tatt. Ved 2D (Gjøvik og Elverum) vil folk fra Norddalen måtte kjøre over tre timer til sykehus. Med den prioriterte infrastrukturen som allerede finnes i sørdelen av opptaksområdet så vil aldri denne tidshorisontens være en utfordring om tilbudet legges i området Hamar-Elverum. Beboere her vil på sin side ha under 1,5 timers transport til Oslo helsetjenester i Oslo.

Dette gjør også at en tre-sykehus-modell ikke vil ha en stor gevinst, da mange beboere, spesielt i opptaksområdets sørlig og vestlige del, vil ha Oslo som et like nært alternativ som for eksempel Gjøvik. For eksempel vil beboere nord i Valdres ha tilnærmet like lang transporttid til Lillehammer som til Gjøvik.

Gjøvik er i tillegg det sykehuset med dårligst arealutnyttelses-kapasitet (Idéfaserapport, kap 8.6 og Strukturelle løsningsmodell, kap 5), og bør derfor ikke ha samlede områdefunksjoner, ei heller ikke anbefales som alternativt akuttisykehus ved en to-sykehus-modell.

Hvis Kongsvinger overføres til sørligere HF, slik det ryktes om, så vil det befolkningsmessige tyngdepunktet rykke nordover. Dette må også sees i en slik vurdering.

Delkonklusjon:

Tre-sykehusmodellen anbefales ikke, da en to-sykehusmodell i tilnærmet grad vil ivareta behandling av pasientgrunnlaget like godt, under forutsetning av at spredt løsning (2B) bli realisert. Slik sett ligger det store effektivitetsmuligheter uten å gå på bekostning av pasientene ved å gå for 2B, og ikke en tre-sykehusmodell.

Høringsspørsmål 6:

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

• **Hvilke samfunnsmessige hensyn bør SI vektlegge sterkest i sin vurdering?**

Geografisk tilgjengelighet for pasienter når luftambulanse ikke kan benyttes bør være en kritisk faktor som i liten grad er medberegnet. Her er fjellredning i opptaksområdets nordlige del en vesentlig del av luftambulansens operasjonsområde med tanke turismen i regionen.

I utredning mangler kartlegging av hvordan styrke pasienten som en aktiv aktør langs pasientforløpet? Kostnadsanalyser viser at aktive pasienter kan for hver krone brukt spare helsetjenesten for 4,8 kr⁹. Slike analyser bør utredes videre. Det bør vektlegges hvilken modell som gir økt kvalitet ved helhetlig pasientforløp. Det bør være et mål at pasienten skal reise minst mulig og at nødvendig behandling kan gjennomføres tidligst mulig i pasientforløpet. Derfor må økt samhandling med primærhelsetjenesten sees i denne sammenheng. Jo mer som kan løses hos fastlegen, enten gjennom dialog med spesialisthelsetjeneste, eller gjennom andre teknologiske hjelpemidler, jo mindre belastning er det både på pasienten og helsesystemet

Kortere avstander for reisende (både ansatte og pasienter) sparer også miljøet, og bør vektlegges.

I dag behandles en del pasienter på flere sykehus. Eks. urologipasienten opereres på Hamar, kjøres i ambulanse til Lillehammer sykehus for å behandles i Hemodialyse på Dialyseavdelingen. Denne behandlingen kan pågå i dager/uker. For pasienten/pårørende oppleves dette vanskelig og uoversiktlig å forholde seg til flere sykehus. Lillehammer Høyre mener et helhetlig tilbud er det beste for pasienten.

En spredt to-sykehusmodell (2B) vil være nær der pasienten er, både med tanke på avstand og oppfang i forhold til topografi. I tillegg vil Lillehammer og Elverum sykehus ha mulighet for et helhetlig tilbud slik at unødvendig transport mellom sykehus unngås under behandlingen. Dette sparer både offentlig utgifter og miljøet stort på, i tillegg til at pasienten unngår ubehaglig behandlingsløp med forflytting etc.

⁹ <http://tidsskriftet.no/2002/11/klinikk-og-forskning/effekter-av-astmaopplaering-i-en-randomisert-kontrollert-undersokelse>