

Senterpartilagene Gjøvik, Hamar og Ringaker

Til

Sykehuset Innlandet HF

Postboks 104

2381 Brumunddal

sendes er epost: postmottak@sykehuset-innlandet.no

HØRINGSINNSPILL TIL IDEFASERAPPORTEN FRA SYKEHUSET INNLANDET

Overordnet syn

Senterpartilagene som skriver under dette brevet, mener det er helt avgjørende å desentralisere flere sykehustjenester nær folk, der de bor. Sykehusene må organiseres slik at leger og sykepleiere får mer tid til pasientkontakt. Ressursene må brukes på pasientene, ikke på byråkrati og rapportering.

Kvaliteten og organisering i akuttmottakene må styrkes, og innlagte pasienter må sikres effektive sykehusforløp, uten unødvendig forlengelse av opphold. Pasienter med kroniske lidelser og hyppige sykehusinnleggelse må sikres rett til kontaktperson/kontaktlege. Senterpartilagene er av den formening at vi per i dag ikke har et sterkt desentralisert sykehusstilbud i Oppland, snarere tvert imot – vi har en sentralisert struktur i en relativ liten omkrets rundt Mjøsa.

Derfor mener vi det er avgjørende at stadig flere tjenester blir desentralisert.

Senterpartilagene mener dessuten at det er viktig å opprettholde antallet senger i sum; det vil si at et eventuelt nedtak av senger ved spesialistsykehuset bygges opp igjen i de gjenværende lokalmedisinske sentrene/nærsykehusene. Med tanke på den vekstens om kommer innenfor geriatrien, vil det være behov for flere – ikke færre senger i framtidens helsetjeneste.

Spørsmål i høringsbrevet

I høringsbrevet stiller Sykehuset Innlandet noen spørsmål til høringsinstansene. Vi gir tilbakemelding om følgende:

a) Hvilke spesialisthelsetjenester kan utvikles i felleskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?

Senterpartilagene har stor tiltro til våre kommuner og vår spesialisthelsetjeneste. Vi ser imidlertid at dersom en skal lykkes med utviklingen av spesialisthelsetjenestene i Innlandet, er vi avhengig av en kommunal sektor som har en ledelse og ansatte som får rom til å satse på utvikling av egne tjenester. Dette avhenger også av at staten kommer med både midler og kompetanse som vi kan nyte godt av.

Vi er opptatt av desentralisering og flere ambulante team som kan være tilstede i omsorgssentre/omsorgsboliger der folk bor. Det kan også frigjøre sykehjems plasser og institusjons plasser overfor dem som trenger det aller mest.

På sikt vil vi trolig se en sammensmelting av tjenestene mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. Det er også nødvendig, all den tid vi i vår behandling av folks helse må se hele pasienten under ett – uten grenser og «silotenkning» mellom forvaltningsnivåene.

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

- Vi mener all habilitering- og rehabiliteringstjeneste med fordel kan legges sammen med kommunale tjenester. Det vil skape synergier at man er i et felles lokaler, og dette kan gjerne også legges til flere omsorgssentre som er etablert/er under etablering.
- Forsterkede enheter innenfor kommunal eldreomsorg kan også legges til eksisterende sykehus, slik som demens, psykiatri/rus.
- Vi viser til at det i Primærhelsemeldingen foreslås å opprette en forsøksordning med overføring av driftsansvar for DPS til kommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Senterpartilagene mener våre kommuner bør ta på seg slike oppgaver. Kommunalt driftsansvar vil gi mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse. Det er også et formål å skaffe mer kunnskap om hva som kan være en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltnings- og tjenestenivåene. Et annet forhold med eventuelle konsekvenser for brukere og pasienter gjelder overgangsordninger for ansatte ved de DPS som inngår i forsøksordningen. Uansett hvilken modell som velges, er det vesentlig at det skapes minst mulig utrygghet for brukerne/pasientene og at tjenestetilbudet ikke svekkes.
- Jordmorstyrte fødestuer kan også være aktuelt å etablere i disse lokalene.

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

Legevaktstjenester, enkelte tjenester fra både kommunal og statlig NAV, kommunale helsesentre og andre tjenester kan legges inn i lokaler som blir frigjort.

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?

Senterpartilagene som underskriver dette brevet, mener vi er best tjent med å samle de spesialiserte spesialisthelsetjenestene under ett tak – som rommer både somatikk og psykisk helsevern, med enkelte forbehold. For det er dessverre slik at det er ingen modell som vil være fullgod, uansett hva man havner ned på.

Gjennom arbeidet som skal skje i konseptfasen må det være klare føringer for at man SKAL desentralisere tjenester, og ikke bare sentralisere tjenestene-
Illustrert ønsker vi oss en slik modell:

- Ett spesialistsykehus ved Mjøsbrua med all akuttberedskap
- Lokalmedisinske sentre/nærsykehus på Gjøvik, Lillehammer, Otta, Fagernes, Gran, Hamar, Tynset og Kongsvinger som inkluderer legevakt, akuttsenger innen samhandlingsreform, psykiatri, rus og polikliniske tilbud.
- Psykisk helsevern samlokalisert med somatikken, med unntak av sikkerhetsavdelingen som bør bestå i dagens lokaler på Reinsvoll.

Vi vil advare mot å legge opp til en sykehusstruktur som ikke gir nok kraft til å samle de tjenestene som virkelig trengs å samles.

Innenfor psykisk helsevern mener vi det er viktig at somatikk og psykisk helsevern samles inn under ett og samme tak, for på den måten å unngå ytterligere stigmatisering.

Det eneste unntaket vi ønsker å ta, er de sikkerhetsavdelinger og andre avdelinger som krever et høyt sikkerhetsnivå. Det mener vi kan bestå i eksisterende bygg, og at eventuelt svært ressurskrevende, utagerende brukere innenfor kommunehelsetjenesten også kan få tilbud i disse lokalene.

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 ivaretatt i Innlandet?

Vi viser til svaret over.

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?

Vi slutter oss til hovedsykehusmodell 1A, justert med etablering av struktur som nevnt i punkt 2.

5. I to- og tre-sykehusmodeller forutsetter Sykehuset Innlandet at områdefunksjoner / spesialiserte tjenesteri samles på ett sted. Hvilket alternativ av to- eller tre-sykehusmodellene ivaretar best befolkningens behov for spesialisthelsetjenester og ved hvilke sykehus bør områdefunksjonene samles?

Våre Senterpartilag mener to/tre-sykehusmodellene ikke er noe alternativ i fremtidens organisering av spesialisthelsetjenestene.

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?

For oss er standpunktet om å gå for ett spesialistsykehus med flere lokalmedisinske sentre basert på det faktum at vi må bygge opp institusjoner som kan demme opp for ytterligere sentralisering til Oslo-regionen. Dersom Innlandet ikke makter å samle seg om et standpunkt knyttet til framtidens helsebehandling, er det sykehusene i Oslo som vil bli våre lokalsykehus. Vi vil særlig peke på at områdene sør for Lillehammer er de desidert tyngste befolkningsområdene, og det er også her veksten i antall innbyggere har kommet de siste årene. Dette innebærer at selv om det vil være en viss konsentrasjon rundt et nytt sykehus ved Mjøsbrua, er det viktig med desentralisering av tjenestene – og sørge for at spesialister og andre kommer ut til innbyggerne.

La oss også minne om at en etablering av et nytt spesialistsykehus også vil være avgjørende for utviklingen av flere av våre institusjoner innenfor høyere utdanning, slik som NTNU Gjøvik, Høgskolen i Innlandet og flere. Når våre yngre innbyggere ser at det man kan få interessante arbeidsoppgaver i nærheten av hjemstedet, vil det skape interesse for å flytte tilbake etter endt utdanning – eller ta utdanning på stedet de allerede bor på og dermed bli boende.

Et nytt spesialistsykehus vil gi Innlandet en ny boost, og i kjølvatnet av en slik etablering følger investeringer i både infrastruktur, bosetting og etableringslyst.

På vegne av
Senterpartilagene i Gjøvik, Hamar og Ringsaker.

Nils Michael Nilsson Ramsøy, leder i Gjøvik Senterparti