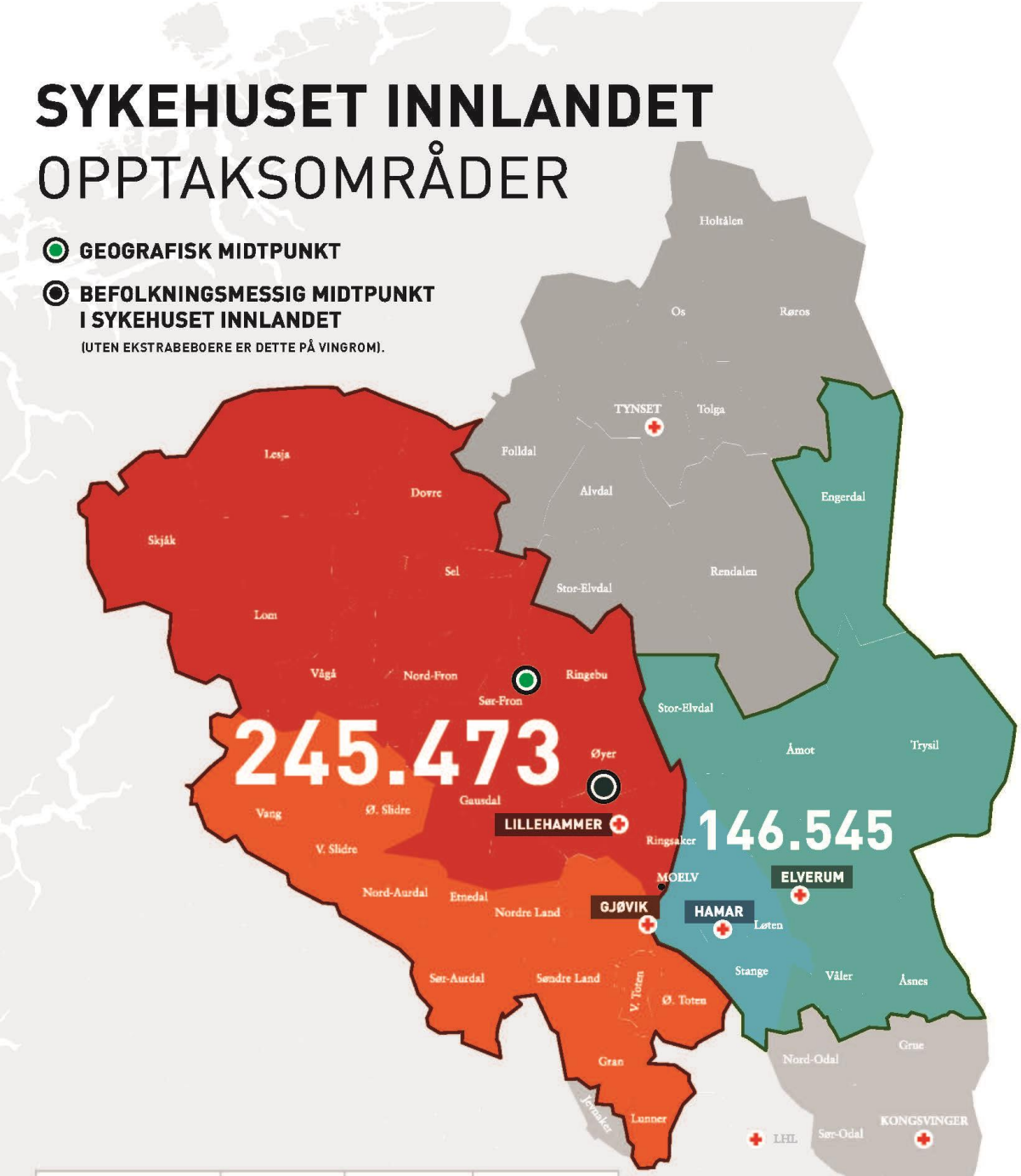
HØRINGSUTTALELSE TIL HELSE SØR-ØST FRA SYKEHUSAKSJONEN 2020



OPPTAKSOMRÅDER	HSØ TALL EKS. EKSTRABEBOERE *	FAKTISK TALL INKL. EKSTRABEBOERE *	
LILLEHAMMER	88 261	118 915	245 473
GJØVIK	105 726	126 558	
HAMAR	70 462	75 751	146 545
ELVERUM	58 522	70 794	
TYNSET	23 568	30 713	30 713

* EKSTRABEBOERE ER FRITIDSBEBOERE, STUDENTER OG TURISTER OMREGNET TIL HELTIDSBEBOERE

DATO 10.02.2021 Idé / Grafikk: Lars Hanstad / Siv Beate Farstad

INNLEDNING/BAKGRUNN

Kartet over er noe av bakgrunnen for våre svar og anbefalinger. Det viser bl.a.at:

1. **Opptaksområdet**

   For region Gjøvik/Lillehammer:245 473/193 987 beboere (inkl/ekskl ekstrabeboere)

   For Hamar/Elverum 146 545/128 984 beboere (inkl/ekskl ekstrabeboere), altså **ca. 100 000/65 000 færre enn Gjøvik/Lillehammer**

2. **«Balanse», geografisk og befolkningsmessig**:

   Geografiske sentrum i kommunen Sør Fron, ca. 8 mil (!) nordvest for Lillehammer.

   Befolkningsmessige sentrum, altså midtpunktet av hvor folk bor i det totale opptaksområdet, i Øyer, noen kilometer nord for Lillehammer. (Dette er vektet i forhold til befolkningstetthet og reiseavstand). Hamar/Elverum ligger helt i den sørlige enden av området som skal betjenes

3. **Avstand til akuttsykehus**

Fra	**Antall innbyggere**	**Til akutt1 km**	**Til akutt2 km**
Engerdal	**1 268**	Elverum: **119**	Brumdal: **161**
Lesja/Skjåk	**4 172**	Lhmr **180**	Brumdal **226**
Vang Valdres	**1 578**	Brumdal **194**	Lhmr **170**
Gran	**13 630**	Brumdal **94**	Lhmr **108**

(Hvis Moelv, ikke Brumdal blir endring +/- 16km)

HSØ har stilt fire spørsmål til alle berørte kommuner og oppfordret til at disse besvares med stor grad av saklighet. Vi (Sykehusaksjonen 2020) er støttet av 34 500 personer og arbeider for en best mulig fremtidig sykehusstruktur i SIHFs opptaksområde.

De foreliggende saksdokumenter om «Konkretisering av bygg, lokalisering og bærekraft ved Sykehuset Innlandet HF» med tilhørende samfunnsanalyse fra desember 2020 fra HSØ viser at prosjektet har satt seg grundig inn i situasjonen og kvalitetene for eksisterende og fremtidig sykehusstruktur, og funnet en relativt balansert modell for ny struktur.

Vår anbefaling til svar på spørsmålene som er stilt fra HSØ er:

1) Hva er utfordringene med dagens sykehusstruktur sett fra kommunens perspektiv?

Funksjonsfordeling og overføring av funksjoner har fra 2003 medført svekkelser i et bredt faglig tilbud for opptaksområdet. Dette er tidligere kommentert av blant annet Sintef. (2006) Spesielt har det vært kritisert at man har overført kompetanse og funksjoner til sykehus som mangler relevante støttefunksjoner og at man tilbyr pasienter dårligere kvalitet på pasientrom (eks urologipasienter uten toalett på rom) enn det man hadde ved sykehuset på Lillehammer,

- De viktigste endringene for SiL har vært:

o Urologi flyttet fra Lillehammer og samlet ved Hamar sykehus
o Øyevirksomheten på Lillehammer begrenses til poliklinisk virksomhet med Elverum som hovedsenter for virksomheten
o Karkirurgi flyttet fra Gjøvik til Hamar sykehus som blir hovedsenter. Dette inkluderer også flytting av karkirurgisk kompetanse fra Lillehammer
o Lillehammer mistet vesentlig kompetanse for Øre, nese, hals til Gjøvik og Elverum
o Gastroenterologisk kirurgi på Lillehammer redusert til elektiv funksjon.

• Tidlig utskriving av pasienter skaper mye ekstraarbeid for sykehus og kommuner. Enkelte av våre medlemmer har selv opplevd disse situasjonene når sykehuset ønsker pasienten ut og det ikke er mulig å finne plass på kommunale behandlingssteder.
• Etter at Samhandlingsreformen ble gjennomført faktureres kommunene for store beløp pga. for sein tilbakeføring av pasienter. Dette er krevende for en allerede presset kommuneøkonomi.
• Planene for avvikling av behandlingsplasser ved f.eks. Granheim, Kringsjåtunet og Bredebygden gir etter vår vurdering både et svekket behandlingstilbud til kommunenes befolkning og reduserer antallet lokale arbeidsplasser.

Mange av endringene besluttet og gjennomført av Sykehuset Innlandet (SI) har redusert behandlingskvaliteten for pasientene. Økonomien har bevisst blitt forverret, særlig for SiL, men i noen grad også for Gjøvik. Dette må endres gjennom etableringen av en mer balansert, og likeverdig arbeidsdelingen mellom Akuttsykehus 1 (A1) og Akuttsykehus 2 (A2) i framtida.

Arbeidsdelingen mellom de etablerte sykehusene er ikke optimal. Enkelte fagmiljøer er for små, og noen av dem rekrutterer for dårlig, noe som ikke er i pasientenes interesser. Det må tas grep for å endre på dette gjennom å beholde og utvikle gode fagmiljøer ved A2 og senere A1. Miljøene må komplettere hverandre, og ikke preges av uklar arbeidsdeling og fortsatt konkurranse.

I pandemiåret har SI gjort vedvarende forsøk på å legge ned Infeksjonsavdelingen ved SiL, og skapt stor usikkerhet omkring framtida for denne avdelingen. I tillegg er det behov for rehabilitering av pasienter som er rammet av korona, mens SI foreslår å legge ned Granheim lungesykehus. I en situasjon hvor vi har lært oss å arbeide fleksibelt, foreslås Kringsjåtunet lagt ned og ansatte overført til Hamar. Derfra skal de via lange bilreiser betjene unge pasienter i Lesja/Bjorli og Skjåk.

Slik forslaget fra HSØ nå er fremmet, avviker dette mye fra strategien som har preget administrasjon og Styre i SI. Men, det er SI som skal implementere vedtaket som fattes av HSØ. Erfaringene tilsier at det er tvil om SIs implementering av vedtak vil bidra til å utvikle gode sykehus begge steder. Det er allment kjent på Innlandet at administrasjonen til SI er preget av en klar dominans fra Hamar og Hamarregionen. Her må HSØ ta kraftige grep, slik at TILLIT kan gjenopprettes.

2.) Hva er kommunens primære og sekundære forslag til framtidig, helhetlig sykehusstruktur i Innlandet?

Primær løsning:

- **To Akuttsykehus basert på eksisterende sykehus, plassert på Lillehammer og på aksen Elverum/Hamar**
- **Elektivt sykehus på Gjøvik som beholder kreftbehandlingsenhet og dagkirurgi**
- **Hovedenhet for Rus og psykiatri på Sanderud**

Det synes å bli stadig mer akseptert, og forskningsmessig belagt, at de riktig store sykehusene (Hovedsykehus) ikke er bedre enn mellomstore sykehus. I Innlandet har vi nettopp slike vekfungerende mellomstore sykehus. Det er visstnok heller ikke slik at det er de nye og store sykehusene i HSØ-regionen er spesielt effektive. Sykehusene i Vestre Viken skal f.eks. være mer

effektive enn de nye, store Ahus og Kalnes! Men i SI har man gjort en funksjonefordeling som ikke fungerer for mange pasienter, og som heller ikke er optimal for den totale sykehusøkonomien, selv om enkelte sykehus har tjent godt på endringene!

Sammenstillinger i «Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre» viser at store sykehus (St Olavs og Kalnes) har totalt sett lavere score enn f.eks. det mellomstore sykehuset i Lillehammer. Basert på 59 felles kvalitetsstandarder er det liten grunn til å tro at et nytt og stort akuttsykehus vil være til pasientens beste. Alle våre eksisterende sykehus (Elverum, Gjøvik, Hamar og Lillehammer) er bedre enn landsgjennomsnittet når det gjelder høy måloppnåelse. Vi har også målt de 26 kvalitetsindikatorene som er felles for de fire sykehusene mot landsgjennomsnittet. Her kommer. Sykehusene på Lillehammer, Gjøvik og Hamar bedre ut enn landsgjennomsnittet.

I sum tyder disse kvantitative sammenstillingene av de medisinske kvalitetsindikatorene at pasientene vil få bedre behandlingskvalitet i en modell som bygger på den eksisterende sykehusstrukturen, heller enn i en med et nytt stort «hovedsykehus».

Å basere strukturen på de eksisterende sykehusene blir økonomisk gunstigere enn å bygge et nytt stort Mjøssykehus.

Det er ikke argumentert tillitvekkende for at det blir ressurser igjen til styrking av LMS-er, styrking av prehospitale tjenester og allerede etablerte sykehus. Kommunene, med nåværende og forventet økonomi vil vanskelig kunne ta ansvar for reduksjon av 20% av sengetallet – UTEN at dette går ut over pasientenes helse. Den nylig fremlagte Perspektivmeldingen 2021 understreker dette.

Av disse grunner går vi klart imot konseptet med et nybygd, stort og komplett A1!

Sykehusaksjonen har hele tiden ment at videreføring av tre av dagens somatiske sykehus (Elverum, Gjøvik og Lillehammer) er den beste løsningen for Innlandet, og bør være kommunenes primære forslag.

I SI sitt planarbeid har det til nå vært et tungt premiss at somatikk og psykiatri - rus må samlokaliseres. Under tiden har faglige argumenter gjort at dette synet har tapt terreng. Etter det vi har registrert, er det kun fire diagnosegrupper innen psykiatri - rus som drar klar fordel av en slik samlokalisering. Sykehusaksjonen besitter ikke fagkompetanse her, men vi har stor tro på at nøkkelutfordringen for mange med disse diagnosene er «tilbakeføring» til samfunnet. Mer ressurser det finnes i sykehusbyen til utdanning veiledning, arbeidstrening og vernet arbeid gir større muligheter for et vellykket utfall for de som blir syke. Vi mener at også dette spørsmålet bør gjøres til gjenstand for utredning før HSØ fatter sin beslutning

Vi mener videre at funksjonsfordeling mellom Elverum og Lillehammer må gjennomgås, men Lillehammer betjener størst opptaksområde og er et større og fagmedisinsk bredere sykehus i dag. Det bør derfor styrkes og bli prioritert.

Sekundær løsning:

- **Akuttsykehus Brumunddal og Lillehammer (mer likeverdige enn i prosjektgruppens forslag)**
- **Elektivt sykehus Gjøvik**

Sykehusaksjonen mener sekundært at det anbefalte helhetlige løsningsalternativet med hovedsykehus i Brumunddal (A1) stort akuttsykehus i Lillehammer(A2) og elektivt sykehus på Gjøvik er fornuftig, forutsatt at balansen og funksjonsfordelingen mellom A1 og A2 blir vesentlig forbedret og at et sykehus med elektiv profil på Gjøvik gis oppgaver og muligheter til å skape et høykompetent og høyeffektivt miljø til nytte for hele innlandet Spesielt bør kreftenheten og tilhørende aktivitet på Gjøvik bibeholdes.

Dette er ikke noen ny problemstilling for HSØ. Vi kan vise til høringssvaret fra Lillehammer kommune av 3.5.2017; «Lillehammer kommune anbefaler at man i den kommende konseptfasen utreder alternativ 2B, akuttsykehus i Lillehammer og Elverum. Alternativ 3C (Lillehammer, Gjøvik og Elverum) bør også utredes.»

Både vårt primære og sekundære løsningsforslag ivaretar balansen mellom de somatiske tilbudene på en god måte. Vårt primære forslag sikrer at østfylket vil ha tre akuttsykehus (Tynset, Elverum/Hamar og Kongsvinger), mens vestfylket får to (akuttsykehus på Lillehammer og utvidet elektivt sykehus på Gjøvik). Med denne modellen sikres også at befolkningen i Nord-Gudbrandsdal og Valdres ikke må reise lengre enn til Lillehammer, for å kommet til et faglig godt akuttsykehus. Dette er også et viktig prinsipp for å gi en viss balanse for tilgang til sykehustjenester.

Det å etablere relativt likeverdige akuttsykehus vil etter våre vurderinger ha store fordeler. Vi vil spesielt nevne fordeler knyttet til reiseavstander (se kart og tabell foran), rekruttering, pandemier, beredskapssituasjoner, datasikkerhet, miljømessig bærekraft og økonomi. I tillegg gir det en god basis for balansert lokal ledelse og sikrer at vi tar vare på det beste i dagens struktur.

Størrelsen på berørt geografisk område er i seg selv et sterkt argument for akuttsykehus i hvert av områdene Østerdalen, Valdres/Hadeland og Gudbrandsdalen. Kartet på forsiden av dette dokumentet tydeliggjør hvor sterk sykehusdekningen er i Innlandets sørøstlige deler, ikke minst sett i forhold til at det samlede opptaksområdes geografisk og befolkningsmessig tyngdepunkt som ligger litt nord for Lillehammer. SiL ligger nærmest innbyggerne i Fjellregionen og betjener best de som har lengst reisetid.

Mange deltidsinnbyggerne i Innlandet vil få større trygghet i hverdagen. Hyttefolket bruker hyttene sine mer og mer, de blir flere, eldre og sykere med årene! Lillehammer er en arrangementsby med tusenvis av deltakere på Birken og andre store arrangementer. Det er ofte 50 000 skiturister i anleggene. Også disse bruker Sykehuset på Lillehammer mye allerede. Dette er også dokumentert ved at det er flest pasientkontakter fra gjestepasienter på sykehuset i Lillehammer.

Vi mener også at det store og økende antallet fritidsboliger, samt økende bruk av disse, er et forhold som må vektlegges langt sterkere i kalkulasjonen av det pasientvolum som skal betjenes av sykehusene. Dette er klart av størst betydning for Lillehammer og Elverum. Dersom Gjøvik blir et elektivt sykehus vil også fritidsbeboerne i Valdres ha kortest veg til SiL.

Å takle den sterkt økende aldringen i befolkningen blir også en hovedutfordring framover, særlig blir det viktig med forebygging. Pasienter innenfor gerontologi er en pasientgruppe som klart får dårligere sykehustjenester, om de må reise langt for å innlegges. Ofte ender det også med reinnleggelser! Innen forebygging ligger det godt til rette for godt samarbeid faglig/FOU, særlig med Høgskolen på Lillehammer og de sterke miljøene innen idrett/trening og rehabilitering som finnes der. Vi mener også at en mer desentralisert utbygging i større grad ivaretar folkehelseperspektivet, i hvert fall for de ansatte.

Sykehuset i Lillehammer ble i Sis idefaserapport 2017 vurdert som eneste sykehus i eksisterende byer som kunne ha områdefunksjoner (hovedsykehusfunksjoner) og hvor konseptet var vurdert som «Liv laga». Sykehuset har best medisinsk kvalitet, og som akuttsykehus leverer SiL topp kvalitet, har gjort det lenge og skal fortsette med det. Kvinneklinikken, infeksjonsavdelingen, og patologisk avdeling er gode eksempler. SiL presterer allerede på det nivået som det nye hovedsykehuset forventes å gjøre.

Sykehuset i Lillehammer er Innlandets største sykehus, med best bygningsmessig kvalitet, har et stort tomteutbyggingsområde disponibelt og har stort reserve gulvareal, 16.000 kvm. Det siste kan ha stor verdi dersom økonomi eller andre årsaker gjør at planlagt gulvareal på A1 må reduseres og lokaliseres til utbyggingsmessig billigere arealer. Arealet på sykehusets tomt gir i tillegg, om det skulle bli nødvendig, mulighet for nybygging av minimum 100 000 kvm tilleggs gulvareal. Det foreligger allerede godkjente planer for å bygge på ca. 2000 m2 i høyden på Blokk Nord.

Vi mener også at modellen med tre bysykehus gir det beste rekrutteringsgrunnlaget. Det sikrer et godt faglig miljø, jobbmuligheter for partner i store bo- og arbeidsmarkeder samt tilgang til kultur, friluftsliv, service og tjenester for den enkelte og familien.

Humankapitalen er sykehusets viktigste ressurs, derfor er rekruttering viktig. Det er selvsagt slik at faglige utfordringer er viktig for søkerne, men ofte er det kanskje jobbmulighetene for den sykehusansattes partner som avgjør valget. Det store akademiske og mangfoldige arbeidsmarked på Lillehammer gir bedre jobbmulighet for velkvalifiserte partnere. Det hersker videre ingen tvil om at byer er langt mer attraktive, bl.a. på pga. størrelsen på jobbmarkedet, kulturtilbud (Lillehammer er rangert som nr. 2 i Norge), samt service og tjenestetilbud. Det er kjent at Sykehuset i Lillehammer rekrutterer godt, best i Innlandet og har gjort det lenge. Modellen med tre sykehus vil også gi kortest reisevei for de ansatte. I et marked med stor etterspørsel på helsepersonell blir rekruttering meget viktig. Rekruttering er både den største risikoen og den mest langvarige utfordringen som en ny sykehusstruktur står over for. Ikke minst blir det viktig å rekruttere helsepersonell blant Innlandets ungdom.

Modellen med tre sykehus vil gi minst negative virkninger på by- og regionutvikling i Innlandet. Denne modellen er også den som best besvarer regjeringens forventninger til samfunnsnytten av store investeringer og planretningslinjene for en bærekraftig by- og regionutvikling, samt forventningene til sirkulærøkonomien hvor satsing på rehabilitering framfor nybygg står sentralt.

Satsing på LMS forutsettes gjennomført i medhold av forslaget til framtidig, helhetlig sykehusstruktur.

3) Hvordan vurderer kommunen det anbefalte helhetlige løsningsalternativet innenfor det vedtatte målbildet, slik det er beskrevet i prosjektrapporten?

Som konkludert under spm. 2 mener Sykehusaksjonen at det anbefalte helhetlige løsningsalternativet med hovedsykehus i Brumunddal, stort akuttsykehus i Lillehammer og elektivt sykehus på Gjøvik fremstår som et sekundært valg, forutsatt at balansen og funksjonsfordelingen mellom A.1 og A2 blir vesentlig forbedret.

Kommunene er med god grunn bekymret for virkningene av den nedbygging av sengeplasser som det anbefalte helhetlige løsningsalternativet legger opp til. Også av den grunn mener vi at utbygging av de tre sykehusene gir det beste resultatet. Bekymringen skyldes særlig to forhold:

- Den aldrende befolkning vi allerede har i Innlandet (i større grad enn landet forøvrig) kombinert med fraflyttingen, gjør at det vil bli økende mangel på helse- og pleiepersonell i distriktene. Utfordringene vil bli svært kritisk når 20 % av pasientene ikke skal behandles innenfor den foreslåtte modellen, men overføres til kommunene.
- Det økende behovet vi mener å se for psykiatrisk behandling, særlig av unge pasienter

Vi viser også til at den østlige delen av fylket har et «fredet» sykehus på Tynset, og har beholdt sykehuset på Kongsvinger (en del av Ahus). Dette drar det befolkningsmessige tyngdepunktet for de gjenværende opptaksområdene ytterligere vestover. Vi mener også at den vestlige delen av Innlandet (tidligere Oppland) bør være bekymret over at tyngdepunktet i modellen legges mot Hamar, når vi vet at det vil være over 100 000 flere beboere på nord – sør aksen Gjøvik-Lillehammer enn på øst – vest aksen Hamar-Elverum. Kartet på forsiden viser dette tydelig.

Målbildet bryter med vedtatte utviklings- og planstrategier for Mjøsregionen og Innlandet fylke, men er likevel bedre enn det opprinnelige forslaget med ett stort hovedsykehus. Det bryter også med nasjonale og internasjonale klima- og bærekraftsføringer.

Vi vil også peke på at det vil bli ytterst kostnadskrevende for fylkeskommunene å etablere et døgn-kontinuerlig kollektivtilbud til Moelv/Brumunddal. Flere 10 talls millioner er tidligere antydet fra hver av de to tidligere fylkeskommunene. Dette kan gå utover kollektivtilbudet i distriktene.

4) Hvilke justeringer av virksomhet, funksjoner og/eller lokalisering kan eventuelt bidra til å gjøre den anbefalte løsningen bedre?

Det må gjennomgås og legges opp til en vesentlig forbedring av balansen i funksjonsfordeling mellom A1 og A2.

Samlokalisering somatikk-psykiatri-rus må gjennomgås og revurderes

Basert på erfaring vet vi at det knytter seg betydelig faglig og økonomisk risiko til ny sykehusstruktur. Sykehusaksjonen mener at det anbefalte løsningsforslaget med akuttsykehus på Lillehammer bidrar til å redusere den medisinskfaglige risikoen. Økonomiske overskridelser av nye sykehusbygg har dessverre mer vært regelen enn unntaket. Med helseforetakenes finansieringsmodell ser vi at overskridelser delvis kan gå ut over behandlingskvaliteten og/eller investeringer og drift av LMS

Samfunnsanalysen, og ikke minst de umiddelbare reaksjonene fra Elverum og Gjøvik, har vist at det knytter seg store negative samfunnskonsekvenser til redusert virksomhet ved sykehusene i Elverum og Gjøvik.

Videre er det slik at nedlegging av behandlingsteder, f.eks. Granheim, vil gi både et dårligere behandlingstilbud og negative samfunnsvirkninger, og bør derfor unngås.

Utfordringen med overgang til ny struktur for SI er omtalt som det største risikoprosjektet i SI sin historie. Denne risikoen reduseres vesentlig i det anbefalte løsningsalternativet, men betyr også at nye funksjoner i det velfungerende sykehuset på Lillehammer ikke må fjernes i interimsperioden, men heller styrkes.

Så langt i prosessen har SI planlagt med at mye som fungerer god på SiL skal flyttes til A1. Dette kan umulig være gjennomtenkt. Gode avdelinger med solide fagmiljøer som er etablert ved SiL må tidlig i prosessen få beskjed om at de skal satses på videre innenfor en modell med mest mulig likestilte A1 og A2 og med en kompletterende arbeidsdeling. Forvitrer disse avdelingene, utsettes hele omlegging og pasienter for en unødvendig og stor risiko.

Sykehusaksjonen har ikke kompetanse til å ha noen kvalifisert oppfatning av hvordan sykehusene i Elverum og Gjøvik best kan styrkes faglig for å ivareta sine pasienter og uttaler seg derfor heller ikke om dette.

Den foreslåtte modellen gir åpenbart størst negative samfunnsendringer for Gjøvik og Elverum/Hamar. Det må vurderes tilpasninger som styrker det medisinske tilbudet i Gjøvik og Elverum uten at selve modellen svekkes. Vår vurdering er at Elverum står klart svakest når det gjelder å få gjennomslag for forbedringer i den foreslåtte modellen siden den østlige delen av fylket allerede har sykehus på Tynset og i Kongsvinger, har det minste dekningsområdet og allerede har fått mest tilført.
Skulle man velge en modell som utgjør en sterkere motvekt mot videre sentralisering burde hovedsykehuset legges så langt nord som til Lillehammer. SiL har et godt fundament, både faglig og utbyggingsmessig, for å kunne ta denne rollen.

Lillehammer, 5.mars 2021

Bjørn Nørstegård
Leder sykehusaksjonen 2021