



Lillehammer Arbeiderparti

Vedtatt enstemmig av vårt medlemsmøte 18. april 2017

Sykehuset Innlandet HF – Idefaserapport – høringssvar

Lillehammer Arbeiderparti gikk til valg i 2015 på følgende programformulering:

«Lillehammer sykehus er det mest komplette sykehuset i innlandet i dag, og gir gjennom sine funksjoner trygghet til befolkningen. Lillehammer Arbeiderparti vil styrke, videreutvikle og bevare akutfunksjoner og det tilbudet Lillehammer sykehus gir.

Lillehammer Arbeiderparti vil:

- At tilbudet og akutfunksjonene ved Lillehammer sykehus bevares, styrkes og videreutvikles»

Dette står vi fast ved.

Vår konklusjon:

En løsning med to akuttisykehus for SIHF (Lillehammer og Elverum) mener vi er den mest hensiktsmessige løsningen for framtida på kort og lang sikt (Modell 2A eller 2B). Vi kan også akseptere modell 3C (tre akuttisykehus; Lillehammer, Gjøvik og Elverum).

Ved å satse på to akuttisykehus (alternativt 2), vil vi styrke og videreutvikle de mest komplette sykehusene vi har i Sykehuset Innlandet i dag. Det mener vi er av vesentlig betydning for å kunne tilby gode helsetjenester til alle uansett pasientgruppe de måtte tilhøre. Dette vil i tillegg styrke rekrutteringen, og sikre god kompetanse samtidig som vi bygger opp om, og ikke svekker, utviklingen for Lillehammer by.

Lillehammer Arbeiderparti mener at 2A eller 2B kan oppfylle «liv laga» - kriteriene (jf. Helsedirektoratets «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter») og bidra til å nå effektmålene satt i denne utredningen på en god måte. Et sykehus har stor samfunnsmessig betydning, derfor er det viktig at beslutninger tas på et best mulig grunnlag. Dermed må flere hovedkonsept tas med videre til konseptfasen, herunder modell 2A eller 2B, og også modell 3C.

De faglige vurderingene

Det sies fra Sykehuset Innlandet HF at 7 av 10 pasienter, skal behandles desentralisert i fremtiden, dvs i eksisterende bygningsmasse og på LMS. Samtidig er det et mål for SIHF å redusere antall vaktlinjer. Dette henger ikke sammen.

Ved å bruke akutt indremedisin som et eksempel, glemmer man da alle støttefunksjoner dette området er avhengig av. Det ser ut til at man legger opp til «komplette» miljøer i mindre skala, dvs erstatningssykehus for Hamar som inneholder Opplands områdefunksjoner.

Sykehuset Innlandet HF vil utvikle tilbudene ved LMSene, samtidig argumenteres det med at dårlig økonomi og mangel på fagkompetanse gjør det nødvendig å samle tjenester/tilbud. Det er helt rett å tenke tjenester nærmere pasienten, men per i dag har ikke SIHF mulighet økonomisk til å sende nødvendige spesialister til for eksempel LMS Otta.

Dermed kommer disse områdene i konflikt med hverandre, og vi kan ikke se at Sykehuset Innlandet HF har noen gode svar på hvordan dette kan løses.

Økonomi og drift

Det sies at Helse Sør-Øst RHF har stilt 8 milliarder til disposisjon for investeringer i Sykehuset Innlandet HF. Sannheten er at Helse Sør-Øst RHF har stilt 6,5 milliarder til

disposisjon, samtidig som Sykehuset Innlandet HF har fått tillatelse til å bruke 1,5 milliarder av oppsparte midler til investeringer. Midler som SIHF har spart inn ved nedtak av aktivitet de siste årene.

Sykehuset Innland HF vil samle aktivitet ved å bygge nytt hovedsykehus. Dette begrunnes blant annet i behovet for å se somatikk og psykiatri i sammenheng, skape sterke fagmiljøer som gir bedre rekrutteringsmuligheter, og siste men ikke minst, behovet for å spare penger. Samtidig skal dagens struktur i stor grad beholdes med betydelig aktivitet, og det loves satsning på LMS med spesialister. Det er vanskelig å se hvordan de skal klare det med de tilgjengelige investeringsmidlene som er skissert.

Befolkningsgrunnlag

Lillehammerregionen (Lillehammer, Øyer, Gausdal, Ringeby og nordre del av Ringsaker) og Gudbrandsdalen er et av landets største hytte- og turistområder med ca. 25 - 30 000 hytter (det bygges kontinuerlig ut nye hytteområder). Ca. 14 000 av dem ligger i Lillehammerregionen, og er for mange «second homes» som benyttes i lengre perioder året rundt. Disse brukes i gjennomsnitt 51 døgn i året bebodd med 3,7 personer i gjennomsnitt. Dette representerer 3,4 millioner overnatningsdøgn hvert år. (ref. Visit Lillehammer og statistikknett.no).

Ca. 2 mill. overnattinger i hoteller/utleieleiligheter og – hytter pr. år i Lillehammer/Gudbrandsdalen. Av disse er ca. 1,2 mill. i Lillehammer-regionen (ref. statistikknett.no).

De mange overnatningsdøgnene i Lillehammerregionen har nær sammenheng med de store nasjonale og internasjonale arrangementene som finner sted i Lillehammer året rundt. Birkebeinerarrangementene som hvert år samler ca. 60 000 deltakere, World Cup-arrangementer i nordiske grener, nasjonale og internasjonale mesterskap (eks. EM/VM i håndball), Norsk Litteraturfestival, DølaJazz, World Cup i alpint, Kvitfjell og Peer Gynt-stevnet i Nord-Fron er eksempler på faste, store arrangementer i Gudbrandsdalen.

Lillehammerregionen har noen av landets største turistattraksjoner som Hunderfossen Familiepark, Maihaugen, Olympiaparken, Hafjell og Kvitfjell alpinanlegg. Samlet sett besøkes disse av ca. 600 000 personer hvert år. En vesentlig del av disse er dagsbesøkende.

Samlet sett gir dette et annet og betydelig større befolknings-/publikumstall innenfor en kjøreavstand til publikum på 1 time fra Lillehammer, enn det som framkommer i høringsnotatet. I turistsesongene (både sommer og vinter) dobles Lillehammerregionens befolkning. Regionens arrangører innehar en unik arrangementskompetanse sett i nasjonal sammenheng.

Faglig råd for bærekraftig byutvikling

Fagråd for bærekraftig byutvikling leverte sin sluttrapport i desember 2013, der heter det blant annet:

«Offentlige institusjoner som sykehus, tinghus, høyskoler og lignende skal plasseres i byene.» Det påpekes at dette vil redusere transportbehovene og styrker byenes sentrumsområder.

Rådet definerer også hva man mener med en by: «...defineres med utgangspunkt i spesielle «bymessige» egenskaper. Disse egenskapene er knyttet til opphoping og fortetting av befolkning og funksjoner, intensitet i økonomisk og kulturell aktivitet, mangfoldet eller heterogeniteten i kulturelle, sosiale og funksjonelle strukturer og bymessig offentlighet.»

Lillehammer Arbeiderparti slutter seg til disse rådene, og vil arbeide for å bygge opp under byene Lillehammer og Gjøvik, og ikke bidra til svekkelse over tid, ved å støtte etablering av nytt sykehus ved Mjøsbrua. Det er hevdet at en slik plassering vil bety økt transportbehov på 53 millioner personkilometer pr. år. En transport som i stor grad vil skje med bil. Dette er ikke bærekraftig i det lange løp.

Rekruttering

I januar 2018 åpner LHL sitt nye storsykehus på Gardermoen. Dette vil ha en reiseavstand fra Hamarregionen på omkring 30 minutter. LHL skriver på sine hjemmesider om tilbudet ved det nye sykehuset blant annet følgende: «Hovedaktiviteten ved det nye sykehuset blir innenfor hjerte- og lunge. Et samlet behandlingstilbud vil gi hjerte- og lungesyke et mer helhetlig tilbud, og flere grupper vil få nytte godt av LHL-klinikkenes faglige kompetanse og pasientomsorg. Det legges derfor opp til betydelig aktivitet innen planlagt kirurgi og polikliniske konsultasjoner. Kolspasienter har økt risiko for å utvikle lungekreft. Målet er også at det skal etableres en kreftklinikk i sykehuset.»

Slik vi ser det, vil dette nye sykehuset bli en stor konkurrent for SIHF for rekruttering av kompetent arbeidskraft, samt at pasientstrømmen må forventes å dreie den veien ift enkelte pasientgrupper. Derfor er det viktig å videreutvikle akuttsykehuset på Lillehammer der befolknings- og pasienttallet er stort og innenfor en kjøretid på en time.

Nytt sykehus ved Mjøsbrua

Hva er det man i realiteten gjør ved å bygge et sykehus ved Mjøsbrua? Slik det framstår i dag vil dette bli et erstatningssykehus for Hamar, med spesialistfunksjoner som pr i dag ligger på sykehusene i Lillehammer og Gjøvik. SIL og SIG vil bli tappet for kompetanse og tjenester, mens Tynset, Elverum og Kongsvinger vil bli vernet.

Dette kan vi ikke akseptere.

Premisser for vedtak:

Vi mener at skal man kunne slutte seg til bygging av et nytt sykehus ved Mjøsbrua må det legges inn klare føringer/premisser for dette. Slike premisser bør være:

- Betydelig døgnaktivitet skal bestå ved dagens sykehus
- Spesialiteter som Oppland har i dag, og som Hedmark ikke har, må bestå ved sykehusene i Oppland.
- Det må satses på LMSene med spesialister og dermed økonomi
- Dagens sykehus må sikres investeringsmidler til bygg og teknologi
- Dagens sykehus i Oppland må i en «såkalt» mellomperiode bestå, og funksjoner skal ikke flyttes der dette ikke kan begrunnes med kvalitetssvikt.
- Organisering: det forventes en strukturforandring i Hedmark som i Oppland, der man nå slår sammen SIG/SIL. Hvis ikke vil lederstrukturen i all hovedsak bestå av divisjonsdirektører fra Hedmark, og 1 fra Oppland.