

Til  
Sykehuset Innlandet HF

## Høringsinnspill til Strategisk fokus 2025

**Oppland Venstre finner at det foreliggende høringsnotat ikke gir et beslutningsgrunnlag som gjør det forsvarlig å trekke noen konklusjon om den framtidige strukturen for sykehusene i Innlandet fram mot 2025.**

Utredningen må for det første gå langt dypere inn i de faglige problemstillinger som reises. Analysen må omfatte **alle sykehus** i SI og sammenhengen i hele tjenestekjeden fra prehospitaltjenester til ulike spesialiteter og inklusiv forholdet til kommunehelsetjenesten jf. Samhandlingsreformen. Psykiatri må dessuten inngå.

Det må bli langt tydeligere hva slags aktiviteter som planlegges opprettholdt på dagens sykehus. Utredningen må også vise hvordan en eventuell ”overgangsperiode” på 10 – 15 år skal håndteres uten at det går ut over kvaliteten på tjenestene. Videre må det som et minimum utarbeides en grundig konsekvensanalyse av de brede samfunnsmessige konsekvenser av de ulike alternativene. Videre bør det fra Storting og Regjering komme en nasjonal sykehusplan, en investeringsplan og en avklaring på hva framtidens lokalsykehus skal være, samt eventuelt hva en ny type sykehus, regionsykehus, skal inneholde.

Videre må beredskapsmessige hensyn inntas. Et gitt scenario hvor et nytt «storsykehus» er lokalisert på østsiden av Mjøsa og sykehusene i Oppland er avvirket, så vil bare en midlere flom med oversvømmelser på E6 og Rv 4 kunne avskjære store deler av (Vest-)Opplands befolkning fra akutttilbud.

### *Medisinsk faglige vurderinger*

Det er åpenbart mange av de forhold og vurderinger som SI har gjort i høringsutkastet som er viktige og riktige i en samlet vurdering av hva som isolert sett gir det beste tilbudet for pasientene i regionen. Det kan imidlertid synes som om en noe ensidig har lagt vekt på forhold som handler om stordriftsfordeler uten at stordriftsulemper og øvrige forhold som trekker i motsatt retning har fått tilsvarende oppmerksomhet.

Det vil derfor være naturlig å reise noen spørsmål og motforestillinger i forhold til om konklusjonene så entydig går i én retning, og om det er åpenbart at en sentralisering av tilbudet i *hele* Oppland og bare *deler av* Hedmark er det eneste riktige.

SI har tydeligvis ambisjoner om at flest mulig pasienter skal behandles i innlandet og at tilbudet helst skal utvikles til et universitetssykehus. I et land med kun 5 mill. mennesker kan det med utgangspunkt i tenkningen i nasjonal helseplan reises spørsmål om det er riktig å bygge opp nok et universitetssykehus. For øvrig er det ikke gitt at et sykehus får status som universitetssykehus selv om det skulle lykkes å etablere et universitet i innlandet.

Det savnes en mer systematisk gjennomgang der en nettopp ser prehospitaltjenester, lokale og regionale sykehus i sammenheng. Et nordisk perspektiv på økt samarbeid om spesialiserte funksjoner og høyspesialisert medisin er for øvrig helt fraværende.

Økt spesialisering innen de medisinske fag og den teknologiske utvikling tas nærmest for gitt i høringsforslaget som en tilnærmet ren sentraliserende tendens. Når en skal se 15-20 år fram i tid er det selvsagt vanskelig å se hva utviklingen vil bli, men de senere års utvikling innen andre teknologiområder tilsier at romlig avstand er blitt mindre viktig. Det er all grunn til å tro at dette også vil gjelde innen anvendelse av teknologi knyttet til medisinsk diagnostisering og behandling. Spesialiseringen vil sikkert fortsette, men vil samtidig kreve økt kompetanse på sammenhengen – det hele menneske jfr. særlig demografiutfordringen nedenfor.

Nettopp den demografiske utvikling vil sette hele helsetjenesten på prøve særlig fra 2025 og utover. Da vil etterkrigsgenerasjonen nærme seg 80 år. Vi vet at det er fra denne alder at forbruket av helsetjenester tiltar mye. Selv om vi lever lenger og er friske lenger er det grunn til å tro at etterspørselen vil øke mye og det er særlig sammensatte og relativt ordinære diagnoser som er dominerende. I rapporten brukes dette som et argument for et storsykehus med alle spesialiteter. I andre sammenhenger pekes det fra fagfolk på at mindre sykehus evner bedre å se hele mennesket i en sammenheng nettopp fordi forholdene vil være mer oversiktlige og kompetansen mer generell. Dette trekker i retning av en desentral struktur. I samme retning trekker samhandlingsreformen og behovet for et meget tett samarbeid mellom sykehuset og den kommunale helsetjenesten. Det er særlig kompetanseoverføring og samarbeid knyttet til pasientforløp som her er stikkord for å lykkes med denne reformen. Geografisk nærhet vil åpenbart lette et slikt samarbeid.

For øvrig er det å bemerke at antallet senger vil gå ned med et såkalt storsykehus og det er dermed mest sannsynlige de eldste pasientene som vil bli rammet, samtidig som kommunene står i en helt uavklart stilling med tanke på å finansiere utbygging av spesialisert pleie og omsorg og lokalmedisinske sentre.

Det synes å være en mangel med utredningen at den ikke avklarer nærmere grensesnittet mellom ett akutt sykehus og de sykehusfunksjoner som kan bli liggende igjen i de tidligere enhetene. Dette vil kunne ha vesentlig betydning for hvordan en vurderer de samfunnsmessige konsekvenser, jf. nedenfor.

### ***Samfunnsmessige vurderinger***

*"Her skal byen ligge"* skal Kristian den IV ha sagt etter bybrannen i Oslo i 1624. Det er nesten det samme spørsmål en skal ta stilling til når plassering av et eventuell felles sykehus for Mjøsområdet.

En etablering av ett sentralt sykehus med kanskje +/- 5000 arbeidsplasser er en av de største "bedriftsetableringer" i Norge. Etableringen vil ha stor betydning for alle de nåværende byer med sykehus som bli nedlagt, dette gjelder både sysselsetting og bosetting. De fleste av disse arbeidsplassene krever høy kompetanse og tilfører de aktuelle byer mye på mange felt innen det brede samfunnsliv. Viktig er også de familier som kommer i forhold til rekruttering av kompetanse til øvrig næringsliv, alle som jobber med rekruttering i dag vet at tvillingrekruttering er viktig for å skaffe kritisk kompetanse innen ulike næringer.

Ingen av dagens Mjøsbyer har kraftig vekst og vil bli vesentlig svekket om en mister et så stort antall arbeidsplasser. Om en på kort sikt vil oppleve en tilpasning med pendling er det all grunn til å påpeke at det over tid vil bli erstattet med flytting og etablering her nær sykehuset for det store antall ansatte.

Det kan også stilles spørsmål ved hvor lett det vil bli å rekruttere til et sykehus ved Mjøsbrua

der sentrumsfunksjonene er betydelig svakere utbygget enn i byene. Vi vet at folk i dag søker urbane tilbud, noe som også gjelder unge familier. Det vil være et spørsmål om dette vil redusere konkurransen om de unge legene. På kort sikt må en anta at folk vil bo i byene og pendle til Mjøsbrua med de miljømessige konsekvenser dette vil ha både trafikkmessig og på andre måter.

Østlandsforskning (ØF)/ Høgskolen i Lillehammer gjorde i 2005 (HiL Forskningsrapport nr 124/05 Selstad, Grefsrud og Hagen), på oppdrag fra SI, en analyse i forbindelse med tidligere strategiprosess av de samfunnsmessige konsekvenser av en ny struktur. Den viste at en arbeidsplass på sykehuset har en multiplikatoreffekt på ca 1,5 - altså at den skaper ytterligere arbeidsplasser og at rent bosettingsmessig er det grunn til å regne med en faktor på 2. De kom den gang fram til at ca 26000 bosatte i Oppland og Hedmark kunne tilskrives aktiviteten i SI.

I forbindelse med Strategisk fokus har en av en eller annen grunn ikke funnet det hensiktsmessig å utrede de større samfunnsmessige konsekvenser av sine relativt radikale forslag. Gjøvik og Lillehammer kommuner har fått ØF til å gjøre en enkel oppdatering av noen data for å kunne begrunne behovet for en nærmere analyse. Ett av de mange tema en slik bredere samfunnsmessig konsekvensanalyse må se på er konsekvenser for miljø og transport. Det er lett å se at en slik lokalisering kan stå i motsetning til de nasjonale målsettinger om utbygging i eksisterende sentra jf kjøpesenterstoppen. Dette må også utredes nærmere.

Vi har ikke hatt anledning til å gå grundig inn i de økonomiske analysene som er gjort i rapporten. Likevel er det grunn til å peke på et par forhold som kan påvirke konklusjonene. For det første virker det underlig å basere betydelige deler av analysen på et planlagt sykehus i Østfold i stedet for et som i dag er i drift. Et vesentlig poeng når en sammenholder alternativ med å bygge på dagens enheter kontra å bygge et helt nytt senter er fleksibiliteten i når en foretar investeringer, altså muligheten til å spre disse over tid å få full nytte av dem. Et nytt sykehus må naturligvis tas i ett og nytte får en først når det hele står ferdig.

### ***Samlet vurdering***

Samfunnets tilbud av tjenester innen sykehussektoren må selvsagt ta utgangspunkt i å tilfredsstille pasientenes behov på en best mulig måte, men som på andre områder må de samfunnsmessige virkninger av de valgte løsninger tas med i en samlet vurdering av hvilke løsninger som er best for samfunnet totalt sett.

Det er som det går klart fram av høringsnotatet en del faglige argumenter som taler for en langt sterkere sentralisering av akuttfunksjoner i sykehusene våre. Det er imidlertid også faglige argumenter som trekker i motsatt retning og det synes som disse er for lite vektlagt i den foreliggende vurdering.

Å slutte seg til en konklusjon om en full sentralisering i ett akuttsykehus uten at det er gått nærmere inn på disse forhold og at det foreligger en fullstendig konsekvensanalyse av de samlede samfunnsmessige virkninger av tiltaket er uforsvarlig.

SI har nok et strukturproblem, det ligger i så fall først og fremst i Hedmark med sine fire sykehus og med en om lag like stor befolkning som Oppland. En naturlig innfallsvinkel hadde

etter vår oppfatning vært å ta fatt i dette. Men i stedet så skjer det motsatte - en ”freder” store deler av denne strukturen i Hedmark og gjør saken til et rent Mjøsbyproblem. Dette må være ut fra strategiske og ikke medisinskfaglige grunner.

En annen stor mangel ved den foreliggende utredning, som er helt vesentlig for både økonomi og kvalitet i våre sykehus, er at det ikke analyseres hva en ”dødsdom” for de nåværende sykehus kan ha å si for rekruttering, drift og vedlikehold i den 10 – 15 år lange perioden fram til et eventuelt nytt sykehus er bygget og kan tas i drift. Erfaringene fra prosessen i Oslo burde tilsa at en var ekstra oppmerksom på dette og på den pukkeleffekt på kostnadssiden en slik stor omstilling vil kreve.

### ***Påstander***

Under vil vi driste oss til å gi noen innspill på noen påstander i høringen og debatten rundt denne som vi mener er feil:

«Et nytt storsykehus i Innlandet er et krav fra regjeringen.» Dette må være en feil. Oppland kan, ut fra avstander og et folketall på 187 000, utmerket ha et eget akuttsykehus. I Nord-Trøndelag med 134 000 innbyggere har de to akuttsykehus og ingen sentraliseringskrav over seg. Buskerud med 230 000 innbyggere skal ha akuttfunksjoner på Ringerike og i det nye ved Drammen. Telemark med 167 000 innbyggere skal naturligvis ha et eget fullverdig sykehus. Statens politikk kan ikke være så forskjellig rundt i Norge. Et storsykehus for Innlandet er mer en politisk ide, enn at det er basert på et behov fra pasientene. Med pasienten i fokus bør de med spesielle diagnoser bli behandlet på universitetssykehus.

«Et nytt storsykehus gir bedre tjenester.» Pasienttilfredsheten er prøvd (undersøkelsen heter Pasopp) og viser helt klart at de mindre sykehusene kommer best ut – blant annet med Tynset og Gjøvik på topp i Helse Sørøst. Det er også en stor fare for at heldøgns vaktordning for en rekke spesialiteter vil tappe det nye sykehuset for ressurser. Det er også en stor risiko for at store deler av driftsbudsjettet må brukes til å betjene store kapitalkostnader. Fra tilsvarende storsykehusutbygginger rundt i landet vet vi at staten bare dekker en andel av kapitalkostnadene.

«Samhandlingsreformen er grunnlaget for forslaget om sentralisering til et storsykehus.» Oppland Venstre mener at det tvert imot er slik at samhandlingsreformen forutsetter at sykehuset og kommunen har en tett og nær dialog. Det kan være like logisk å slutte at vi i Norge bør styrke og redusere antallet kommuner som å sentralisere spesialisthelsetjenesten og redusere antallet senger for syke eldre.

«Et nytt storsykehus rekrutterer bedre.» Sannheten er vel heller at **gode sykehus** rekrutterer bedre. Alle sykehus har problemer med å rekruttere spesialister som det finnes for få av i landet. Det som da blir viktig er kort vei til jobb, barnehage og bytilbud.

«Funksjonsdelinga mellom dagens sykehus fører til at mange pasienter sendes Mjøsa rundt.» Vi mener dette er en myte som har oppstått. Det kan være uheldig å bli sendt videre til andre sykehus. Hvert år sendes ikke mer enn 2 % av pasientene videre. Det vil alltid være behov for

å sende spesialdiagnoser videre innenfor sykehus i Innlandet eller til Oslo-området. I dag sendes ofte pasienter fra sykehusene i Oslo til Oppland.

«Et nytt storsykehus er en bærekraftig løsning». Dette kolliderer kraftig med Norges klima- og miljøforpliktelser. Selv om mange ville bosatt seg rundt det nye sykehuset viser grunnlaget at det daglig ville blitt 120 000 km mer bilkjøring. Dette fordi de fleste vil bo langt unna. Kravene i den nye klimameldingen tilsier at vi beholder sykehusstilbud i alle byene rundt Mjøsa. Jo mer sentralisering, jo verre for klimaet.

Oppland Venstre mener at alt tyder på at en bærekraftig løsning for spesialisthelsetilbudet innebærer at Oppland må ha et eget tilbud i fylket. Vi må ta med i vurderingen de samfunnsmessige sider ved endringene i sykehusstruktur i Oppland. Det har ikke skjedd før i Norge at store sykehus for store områder som Vest-Oppland og Gudbrandsdalen legges ned og at hele fylker blir stående uten somatiske sykehus. Dette er med andre ord et samfunnseksperiment vi ikke bør gjennomføre.

Samlet sett må en dessverre konkludere med at den foreliggende utredning ikke er et tilstrekkelig grunnlag til å fatte noen prinsippbeslutning om hvilken struktur sykehusene i Innlandet skal ha for tiden framover.

Gjøvik, 14. mai 2012

*Ketil Kjenseth*  
*Leder i Oppland Venstre*