

Fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF

Det vises til høringsbrev av 01.02.2017. FO Vestre Toten, ønsker å uttale seg i saken.

FO organiserer barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Våre profesjoners kompetanse er en viktig del av helsetilbudet til SI HF. Tverrfaglig kompetanse i pasientarbeid bidrar til å møte pasienters utfordringer, faglig forsvarlighet og er med på å sikre god kvalitet, samt ivaretagelse av pasientrettigheter, selvbestemmelse og individuelle behov.

Innledning

Hedmark og Oppland fylker utgjør det geografiske ansvarsområdet for Sykehuset Innlandet (SI). Det er et stort geografisk område (52 000 km²) som ikke har et naturlig sentrum. Dette skaper utfordringer for strukturering av spesialisthelsetjenesten. Bedre prehospitale tjenester, og bedre kvalitet på veiene, er ikke gode argumenter for å reise lengre. Geografien vil forbli uendret. Litt flere vil bo i byene, og antall eldre vil øke og kreve flere helsetjenester.

Idéfaserapporten er det sentrale høringsdokumentet. De ulike modellene for framtidig sykehusstruktur, ligger i det som kalles Mjøs-regionen. Alle modellene bygger på de samme, usikre forutsetningene. Det anbefalte alternativet, er et nytt hovedsykehus ved Mjøsbrua, med underliggende varianter. Modeller som omhandler to eller tre sykehus, holder også sykehusene på Tynset og i Kongsvinger utenom. Lokalmedisinske sentre (LMS) omtales som alternativer til sykehus, til tross for at LMS er en samarbeidsarena.

Økonomi

Nytt hovedsykehus er foreløpig antatt å koste 12 milliarder kroner. Moderselskapet Helse Sør Øst (HSØ) stiller noen økonomiske vilkår. Driftsoverskudd settes inn på en konsernkonto, og kan bli regnet som egenkapital. Det kreves 30 % oppspart egenkapital før resten av byggesummen kan lånefinansieres. Lånet vil bli en serie lån på kommersielle vilkår. Det antas at et så stort prosjekt krever flere byggetrinn. Det vil ta tid. Tidligste byggestart kan bli i år 2022.

Dersom nytt hovedsykehus skal bygges, vil vi først få en lang og krevende overgangsfase, hvor det skal spares opp egenkapital, i tillegg til løpende drift. Deretter må overskudd sikres og lån betales ned. FO Vestre Toten er bekymret for at dette medfører uoverkommelige driftsproblemer. SI kan ikke påregne at kommunene kan avlaste sykehusene slik som beskrevet i idéfaserapporten, og i økonomisk langtidspan (ØLP). Kommunene vil ikke forstå samhandlingsreformen på denne måten. Det er lite sannsynlig at kommunene får tilført ressurser, faglig og økonomisk, som setter de istand til å ivareta oppgaver som sykehuset ivaretar i dag.

Det øvrige innsparingspotensialet er også overdrevet. De nåværende sykehus er

kostnadseffektive. Dramatiske kutt er allerede gjennomført. Sengetallet er allerede kraftig redusert. Ingen ny teknologi ser ut til å redusere sengebehovet dramatisk i framtida. Beredskapen bør ikke svekkes, og det er ikke forsvarlig med stor reduksjon i antall ansatte, hverken på kort eller lang sikt.

SI har en stor og differensiert bygningsmasse av varierende kvalitet. Alt i fra verneverdig til nybygg. Den økonomiske situasjonen innbyr kun til moderat oppgradering av bygningsmassen. Dersom det bygges et nytt sykehus ved Mjøsbrua, vil det være en tap-tap situasjon for alle byene ved Mjøsa. Det vil generere mye transport. Både pasienter og personell vil bidra til vekst i trafikken, til stor skade for miljøet og økonomien.

Store akuttsykehus

Den nasjonale helse og sykehusplanen definerer sykehus som skal betjene mer enn 60.000 til 80.000 innbyggere, som store akuttsykehus. Nasjonalt har debatten handlet om akuttkirurgi ved de små sykehusene. I SI er det motsatt. Her trues akuttberedskapen ved de største sykehusene. Nasjonalt overlates styringen til foretakene. Det er mange problemer med foretaksmodellen, men det faller utenfor rammen av denne høringen.

De fleste pasienter som legges inn på sykehus, kommer som øyeblikkelig hjelp. Derfor er akuttberedskap meget viktig. Den største pasientgruppa skal på medisinsk avdeling. Ikke minst eldre pasienter som blir innlagt med symptomdiagnose, og denne pasientgruppen er økende (eldrebølgen). Da trengs det breddekompetanse. Ortopedi er et stort fag. De aller fleste brykker ett eller annet, før eller senere. Er ulykken ute, så trengs det en kirurg som kan åpne en buk og stanse en indre blødning. Ellers vil du kanskje aldri nå fram til nasjonalt traumesenter (Ullevål) i tide. Derfor må vi ha gastrokirurger på alle sykehus. Anestesi trengs overalt, det sier seg selv. Jo lenger det er til fødeavdelingen, jo flere er det som ikke vil nå fram i tide. Kravet er fødeavdeling på alle sykehus. Sykehus skal også ha et distriktspsykiatrisk senter (DPS).

En stor svakhet med idéfaserapporten, er at den ikke skiller klart på hva som trengs for å sikre allsidig akuttberedskap, og den øvrige virksomheten. Det fremgår heller ikke hvilke fagområder som betjener små pasientgrupper. Vi foreslår at sykehusene skal alle ha minst følgende akuttfunksjoner: indremedisin, ortopedi, gastro/generell kirurgi, anestesi, føde/gyn, psykiatri, røntgen og lab. Det finnes fordeler og ulemper med alle modeller, men breddekompetanse må finnes på alle allsidige akuttsykehus. Derfor går FO Vestre Toten for en modell med tre store og allsidige akuttsykehus i det sentrale innlandet. Lillehammer, Elverum og Gjøvik. Sammen med Tynset og Kongsvinger får vi da 5 somatiske akuttsykehus i innlandet.

Det kreves et stort volum av pasienter dersom en medisinsk spesialitet skal finnes på alle lokasjoner. Alle kan ikke ha alt. Ingen sykehus er komplette. Mange funksjoner bør finnes på ett eller flere steder. Kompetente fagmiljøer lar seg ikke flytte uten

vesentlige tap. I dagens nettverksmodell er det ikke spesielt mye transport sykehusene imellom. Slik vi forstår det behandles innlandets pasienter på sykehus i innlandet, og sendes i liten grad ut av innlandet for behandling på andre sykehus.

Her er noen eksempler på funksjoner som bør beholdes der de er. Lillehammer bør fortsatt ha nevrologi, kvinneklinikk og barneavdeling. Gjøvik bør ha kreftbehandling og øre/nese/hals. Elverum bør ha øyemedisin og øre/nese/hals.

FO Vestre Toten, mener at sykehuslokalene på Hamar fortsatt skal komme til nytte. De kan huse et elektivt spesialsykehus, (planlagt virksomhet) med vekt på små kirurgiske fag, poliklinikker og dagbehandling.

Psykisk helsevern

I dag preges spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern av:

- Et stort press på den enkelte behandler
- Pasientene har i dag korte innleggelsesforløp.
- Det er generell mangel på spesialister, og rekrutteringen er mangelfull.
- Mange ansatte kjenner seg utrygge på egen arbeidssituasjon og fremtid.

Disse forhold kan ha mange årsaker, men kan i stor grad knyttes opp mot manglende kapasitet innen enkelte områder. Det er ikke rom for ytterligere nedtak av senger. Dette drøftes ikke i utredningen.

Det hevdes at samhandlingsreformen vil redusere behov for plasser/ressurser i spesialisthelsetjenesten. Dette er det all grunn til å advare sterkt imot, dersom god kvalitet skal opprettholdes og utvikles.

Det er viktig å bygge videre på eksisterende, velfungerende fagmiljøer/fagenheter; vel vitende om at det er meget krevende å flytte og evt. bygge nye fagmiljøer.

Rapporten sier at samlokalisering psykiatri/somatikk i seg selv er et gode. Det bør skilles mellom hvilke pasienter som mest kan nyttiggjøre seg samlokalisering, og hvor det ikke har faglig gevinst.

Avdelinger som **ikke** er tjent med samlokalisering:

Sikkerhetsavdelingen på Reinsvoll har oppgraderte fasiliteter som er godt tilrettelagt for pasienter som trenger økt sikkerhet for å ivaretas. Pasientene er ofte innlagt over lengre tid og de ivaretar også pasienter som er dømt til behandling. Det er lite å hente på å samlokalisere en slik avdeling med somatisk helsetjeneste for pasientene som gruppe, og de synes adekvat ivaretatt i dagens ordning med lege i vaktordning.

Psykose og TIPS (Tidlig intervensjon ved psykose) kan bestå som i dag, og har sine behov for somatiske helsetjenester dekket av eksisterende legevaktsordning.

Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)

BUP samarbeider nært med barnets/ungdommens foresatte og familie, kommunale tjenester og andre etater hvor det er hensiktsmessig. Henvisninger til BUP kommer fra fastlege, annen lege eller barnevernstjenesten. Det finnes poliklinikker og døgnenheter i begge fylkene, og tilbudet bør bestå, også i framtiden.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Med betydelige investeringer i nybygg, framstår Reinsvoll nå som et moderne akuttsykehus. Avdelingen for TSB (tverrfaglig, spesialisert rusbehandling), er den andre avdelingen på Reinsvoll. Omstilling og flytting har vært krevende. Det satses hovedsakelig på korttidsbehandling. Privatisering og usikker finansiering bekymrer denne delen av virksomheten.

FO Vestre Toten er enig i at det er behov for et tettere forhold mellom somatikk og psykiatri i SI. Vi har derfor tre konkrete forslag:

1. Alderspsykiatriske sengeposter, poliklinikker og ambulante tjenester, etableres ved de tre store akuttsykehusene. Det betyr at tilsvarende tjeneste på Sanderud kan legges ned. Alderspsykiatrien bør samarbeide med indremedisin. Virksomheten bør styrkes fordi vi allerede har et underforbruk ute i kommunene, og fordi behovet vil øke. Tilbudet må tilrettelegges i nærhet av der pasientene befinner seg.
2. De psykiatriske akuttambulante enheter/team skal styrkes, og samarbeide med de interkommunale legevaktene.
3. Det er et underforbruk av somatiske helsetjenester blant mennesker med rusproblemer. Akutt plasser bør vurderes etablert og knyttes til medisinske avdelinger, med oppfølging fra rusteamene.

Habilitering og rehabilitering

Habilitering

Habiliteringstjenesten må være en samlet tjeneste. Med dette menes at seksjonene ambulant oppfølging og utredning må være en enhet, og helst i egen divisjon sammen med rehabilitering som idag.

Habiliteringstjenesten er i utgangspunktet en liten seksjon i organisasjonen, med få fagpersoner, og målgruppen er også liten sett i den store sammenhengen. Ved å splitte tjenesten og underlegge arbeidsområder i ulike divisjoner eller avdelinger, vil det medføre store utfordringer med å inneha en spisskompetanse overfor målgruppen. Habiliteringsarbeidet vil fort nedprioriteres, noe som skjedde ved f.eks. nedlegging av de ambulerende rehabiliteringsteamene for noen år tilbake. Pasientene som henvises til habiliteringstjenesten har utfordringer innenfor fysiske-, somatiske-, psykiske-, kognitive- og atferdsmessige forhold med mer. Mange av sakene er svært komplekse

da brukerne ofte har sammensatte og utfordrende problemstillinger det skal jobbes med.

I sentrale føringer legges det stor vekt på at habilitering skal være tverrfaglig. Vi ser det som en stor fordel å ha en seksjon med forskjellige faggrupper samlet for å drive habiliteringsarbeid. Habiliteringstjenesten slik den drives i dag legger blant annet vekt på ambulant virksomhet. Dette er virksomhet som kommunene etterspør og har god nytte av, men er også avgjørende for pasientene som får tjenester. Det er få andre avdelinger som bedriver ambulant behandling, og ved å dele opp seksjonene er det en reell fare for at ambulering virksomhet står i fare for å bli nedprioritert grunnet at det er lite praksis på slik virksomhet i andre avdelinger. Sentrale føringer legger også vekt på å styrke ambulant virksomhet for habiliteringsfeltet.

FO Vestre Toten kan ikke se at en nedleggelse av divisjon habilitering og rehabilitering gir noen økonomisk gevinst for SI, og vi er bekymret for at en nedlegging av divisjonen vil gi pasientene et dårligere tilbud på sikt. Oppgavene som i dag tilhører divisjon habilitering og rehabilitering vil få lavere prioritet med ny organisering, og dårligere økonomiske vilkår for sin virksomhet, også selv om lokalisering blir lik som i dag.

Rehabilitering

Avdelinger som i dag anes som meget godt fungerende avdelinger står også i fare for oppsplitting av fagmiljøer ved flytting av avdelinger, og gir en stor sannsynlighet for tap av fagfolk med stor kompetanse på ulike felt. Et bredt kompetanseområde og erfaringsgrunnlag gir den optimale behandlingsskjeden for pasienter med behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenestene. Rehabiliteringsavdelinger bør derfor styrkes og ikke svekkes, og man må legge stor vekt på behovet for rehabiliteringstjenester i dag og i framtiden. Mange små og mellomstore kommuner vil ikke klare å få tilstrekkelig kompetanse og erfaring til å ivareta bredden i rehabiliteringsbehovene, som i dag ivaretas i spesialisthelsetjenesten.

I spesialisthelsetjenesten er rehabiliteringsfeltet svært kompetansedrevet, og kommunen kan ikke forventes å ivareta dette, og færre senger kan ikke sies å møte fremtidens behov for et godt pasientforløp for disse pasientene.

Oppsummert blir dermed FO Vestre Toten sitt hørings svar følgende:

SI bør prioritere akuttberedskap. Vi vil derfor gå for en modell med tre store og allsidige akutt sykehus i det sentrale innlandet. Lillehammer, Elverum og Gjøvik. Sammen med Tynset og Kongsvinger får vi da 5 somatiske akutt sykehus i innlandet. To i Oppland og tre i Hedmark. Til dette kreves det i liten grad investeringer i nye bygg. Sengetallet bør økes jevnlig, slik at den gjennomsnittlige beleggsprosenten blir på 85%. Høyere beleggsprosent svekker kvaliteten på behandlingen.

Hamar kan gjøres om til et elektivt spesialisert sykehus med vekt på små kirurgiske fag, poliklinikk og dagbehandling. Akuttfunksjonene flyttes fra Hamar til Elverum. De

tre store sykehusene skal alle ha minst følgende akutfunksjoner: indremedisin, ortopedi, gastro/generell kirurgi, anestesi, føde/gyn, psykiatri, røntgen og lab. Andre funksjoner kan med fordel fordeles mellom sykehusene i et nettverk. Prehospitaltjenester samt lokalmedisinske sentre (LMS) bør videreutvikles og styrkes.

Alderspsykiatriske sengeposter, poliklinikker og ambulante tjenester etableres ved de tre store akuttpsykehusene. De psykiatriske akuttambulante enheter/team skal styrkes og samarbeide med de interkommunale legevaktene. De psykiatriske sykehusene på Reinsvoll og Sannerud beholder sine akutfunksjoner. Spesialisert rehabilitering for slagpasienter opprettholdes på Solås. Erfaringer tilsier at kompetente fagmiljøer ikke lar seg flytte uten vesentlige tap.

Når det gjelder TSB (rusbehandling) har omstilling og flytting har vært krevende. Det satses hovedsakelig på korttidsbehandling. Privatisering og usikker finansiering bekymrer denne delen av virksomheten.

Det er også en bekymring med økende grad av spesialiserte tjenester innen psykisk helsevern, med flere oppgaver til kommunen, vil medføre at flere pasienter vil miste tilbud, ved at de «faller mellom to stoler». Oppgaver som spesialisthelsetjenesten har hatt overføres til kommunene, hvor det tar til å opparbeide tilstrekkelig kompetanse, og at man som pasient da ikke får tilbud i hverken fra spesialisthelsetjenesten eller fra kommunene.

For habilitering og rehabiliteringsfeltet vil det være svært vanskelig for mange kommuner å inneha den tilstrekkelige bredde og erfaringskompetansen som behøves for alle de ulike pasientgruppene som har behov for habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Spisskompetansen på disse områdene må dermed ivaretas i spesialisthelsetjenesten på ulike avdelinger.

Konklusjon

På bakgrunn av våre argumenter i dette høringssvaret, er derfor FO Vestre Toten imot nytt hovedsykehus, og ønsker å utvikle fremtidens helsetjenester med fem somatiske akuttpsykehus i Hedmark og Oppland. Med sterk befolkningsvekst i Oslo, vil det bli mindre penger til SI innlandet, tross for eldrebølgen. FO Vestre Toten mener at sparing til egenkapital og stort låneopptak til nybygg, er feil prioritering. Den økonomiske situasjonen innbyr kun til moderat oppgradering av bygningsmassen. SI kan ikke påregne at kommunene får økonomiske og faglige ressurser til å kunne avlaste sykehusene, og det er en bekymring knyttet til drift av LMS, dersom sykehuset pådrar seg store økonomiske forpliktelser.