

## HØRINGSUTTALELSE:

### Fra NITO Oppland og NITO Hedmark

#### Høringssvar – Idéfaserapport for Sykehuset Innlandet HF - Fremtidig sykehusstruktur

Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon - **NITO Oppland og NITO Hedmark** har behandlet høringsdokument av november 2016.

NITO Oppland og Hedmark organiserer til sammen 4238 ingeniører, medlemmene representerer alle avtaleområder: kommune, stat, e-verk, privat og SPEKTER.

SPEKTER har til sammen 460 medlemmer, hvorav 358 tilhører Spekter helse, og de fleste er ansatt i Sykehuset Innlandet. Den pågående debatten om framtidig sykehusstruktur følges med stor interesse av de medlemmene som er ansatt i SI, siden det berører deres arbeidsplasser, men også som pasienter og pårørende blir **alle** berørt av de vedtak som fattes i saken.

#### Generelle betraktninger:

Den årelange striden om framtidig sykehusstruktur har skapt stor usikkerhet og vært utarmende for ansatte og befolkningen for øvrig – det er viktig at det fattes beslutninger på riktig grunnlag og skapes forutsigbarhet for alle så snart som mulig.

Som representant for en fagprofesjon i SI (bioingeniører ved Laboratoriene, ingeniører ved Med. tekn. avd (MTA), IKT mv.), vil vi påpeke nødvendigheten av å gå dypere inn i de faglige problemstillingene som reises. Vi merker oss at det er stor faglig uenighet mellom profesjonene/fagene – det er et alvorlig signal.

Idéfaserapporten vektlegger i stor grad fordelene med hovedsykehus og det er grunn til å stille spørsmål om flere viktige forhold kan være utelatt eller undervurdert:

- **Transportbelastningen**
- **Krav til infrastruktur**
- **Samfunnsmessige konsekvenser**
- **Investeringsbehov og plassbehov**
- **Økonomi**

#### Nasjonal helse- og sykehusplan:

I regjeringens sykehuskart har Helgelandssykehuset HF og Sykehuset Innlandet HF fått forbehold om endringer på grunn av sine pågående prosesser. Sykehusene i resten av landet har altså fått sikret sin eksistens i dette kartet. Har prosessen sånn sett ødelagt for Innlandets muligheter til å sikre sine sykehus, eller har det åpnet for spillerom til å bedre tilbudet?

Uavklarte spørsmål rundt Nasjonal helse- og sykehusplan for Sykehuset Innlandet, skaper stor usikkerhet!

*Spørsmål 1 – 5 er relatert til Sykehuset Innlandets spørsmålstillinger høringsinstansene er bedt om å ta stilling til.*

#### Spørsmål 1

- En kan vanskelig tenke seg at det er mulig å overføre oppgaver som i dag er spesialisthelsetjenestens ansvar til kommunene på kort sikt. Erfaringene fra samhandlingsreformen gjør det riktig å stille spørsmål ved kommunenes muligheter til å ta over ytterligere tjenester. Det er lite sannsynlig at kommunene får tilført nok ressurser, faglig og økonomisk, som setter de i stand til å ivareta oppgaver som sykehuset ivaretar i dag. Målet om likeverdige helsetjenester til alle innbyggere blir også vanskeligere hvis ansvaret for tjenestene skal fordeles på enda flere aktører (kommunene). Dette vil uansett være styrt fra

politisk hold, med dertil uforutsigbarhet. Det vil derfor være stor usikkerhet å bruke kommunene som fremtidig avlastning for spesialisthelsetjenesten. Sykehuset Innlandet bør av samme grunn ta høyde for at kommunene bare i liten grad kan ta over flere tjenester.

- **Forslag til kommunale / interkommunale primærhelsetjenester inn i frigjorte arealer:**  
NITO ser for seg et **kompetansesenter for helse** som kan bestå av legesenter, interkommunal legevakt, helsesøster, barneverntjeneste, akutte omsorgsplasser (jfr. samhandlingsreformens problemer i dag), senter for velferdsteknologiske løsninger i samarbeid med utdanningsinstitusjoner og primærhelsetjenesten.
- **Andre oppgaver som kan / bør ivaretas lokalt (spesialisthelsetjeneste):** behandling som dialyse, cellegift, blodtransfusjon (hemokromatose og polycytemi), behandling av kronikere, tappestasjon for blodgivere, ambulansestasjoner, behandlingshjelpemidler, DPS, ambulerende psyk. team, elektiv virksomhet, isolat / smitterom, enklere bildediagnostikk og laboratorietjenester.

Et evt. hovedsykehus vil bety økt avstand for store deler av befolkningen, det er derfor viktig å sikre at dagens sykehus kan videreføre en del tjenester lokalt. Sykehuset Innlandet har sjøl antydnet at sju av ti konsultasjoner eller dagbehandlinger kan legges utenfor hovedsykehuset. Dette er lovende og NITO håper at våre økonomiske betraktninger/bekymringer ikke vil hindre denne utviklingen.

## Spørsmål 2, 4 og delvis 5

### **Fordeler og ulemper ved hovedsykehus:**

NITO mener at en del pasientgrupper og faggrupper er bedre tjent med samling i større enhet, dvs. et felles hovedsykehus for Hedmark og Oppland.

NITO mener videre at et hovedsykehus vil representere et fremtidsrettet tilbud til befolkningen når det gjelder de mest spesialiserte sykehus-tjenestene. Nye lokaler og nytt, moderne utstyr vil gi bedre kvalitet og større effektivitet. Et hovedsykehus vil være et kraftsenter på kompetanse. Det gir solide fagmiljøer som sikrer nødvendig kompetanse for å ivareta en del medisinsk faglig kompliserte oppgaver. NITO ser at større fagmiljøer vil være stimulerende og positivt med mulighet for videreutdanning og forskning.

Det vil gi fagmiljøene mulighet til å samarbeide på tvers av fagområder.

Det vil være positivt for rekruttering av fagfolk.

Et hovedsykehus vil ikke fjerne alle behov for å hente tjenester ved regionsykehusene, men det vil sannsynligvis gi færre gjestepasientdøgn.

Man kan tenke seg en mer effektiv vaktberedskap – mulig at SI styrets forventninger er vel optimistisk.

Et hovedsykehus vil bedre dekke behovet for volum på antall utførte tjenester som det i dag er vanskelig å oppnå på det enkelte sykehus.

Det ble sagt i gjennomgangen av idéfaserapporten at de lokalmedisinske senter mangler fagfolk. Det kan løses ved at personell fra hovedsykehuset pålegges tjeneste ved desentraliserte enheter. Det vil gi et desentralisert tilbud med god kompetanse og kvalitet.

Noe av gevinsten Sykehuset Innlandet forventer å få ut av denne modellen er av økonomisk art. I hvilken grad det blir lett å drifte mer økonomisk, ved å bygge nytt og samtidig beholde vesentlig del av gammel bygningsmasse og drift, er vanskelig å se for seg.

Hovedbekymringen som NITO vurderer ved å velge modellen med hovedsykehus, er nettopp av økonomisk art.

Etablering av hovedsykehus vil være ressurskrevende og føre til store utgifter – dette må vurderes opp mot økonomiske behov for å skape / videreføre desentraliserte

spesialisthelsetjenester ved eventuelle frigjorte arealer ved dagens sykehus og lokalmedisinske sentre. Idéfaserapporten anslår hva som ventes av besparelser på de forskjellige modellene, men hva baserer disse anslagene seg på, når det ikke er bestemt noe om hva slags aktivitet som skal være igjen i eksisterende bygningsmasse? Av den grunn stiller vi spørsmål ved tallmaterialet.

Utmattende diskusjoner om lokalisering av nye, tunge teknologier vil med denne modellen ikke være noe problem lenger. Spørsmålet er om dette er et godt argument for utbygging, da denne type gjentakende diskusjoner egentlig må anses å være et ledelsesproblem mer enn utfordringer med bygningsmasse.

En slik sentralisering vil bedre tilbudet for mange, men en stor andel av innlandets befolkning i en region med store avstander og spredt bosetning, kommer til å oppleve at tjenestene blir dårligere hvis de desentraliserte enhetene blir utarmet. Det er derfor viktig å sikre at dagens sykehus kan videreføre en del tjenester jfr. våre kommentarer i spørsmål 1.

Hovedsykehus vil generere økt transport. Pasienter og ansatte vil bidra til vekst i trafikken. Det vil føre til større klimagass utslipp.

Det kreves også at man tenker nytt mht. effektive offentlige kommunikasjonsløsninger.

NITO mener videre at en trinnvis utbygging er mest forsvarlig slik at det reelle behov kan vurderes underveis. En gradvis utbygging vil i større grad ta hensyn til både utfasing av gammelt medisinsk teknisk utstyr og overføring av nødvendig personell og kompetanse. Det vil i en overgang være utfordrende med «dobbel drift». Dette kan avhjelpest ved en trinnvis utbygging. Det gir bedre muligheter for å unngå feildimensjonering á la Østfold- og A-hus-utbyggingene.

Et annet viktig moment er å finne det reelle behovet for «sengeplasser». Klarer sykehuset å overholde de liggetider som er lagt til grunn for utbyggingen, eller kreves det justering?

Utfordringer med resistente bakterier / epidemier, stiller krav til antall enerom og isolat. Idéfaserapporten sier lite om hva som er planen i forhold til dette, annet enn hva som er nasjonale retningslinjer.

### **Fordeler og ulemper ved To-sykehus modell:**

Som forutsetning for 2-sykehus modell er alternativ 1 – funksjonsfordelt modell med 2 like store enheter – mest hensiktsmessig.

Fordelen med å velge 2-sykehus modellen er at spesialisthelsetjenester tilbys der flere mennesker er bosatt. Det vil spare miljøet ved at det blir mindre transport av pasienter og ansatte.

Det innebærer mindre investeringsbehov. Det er stor tro på at det er fullt mulig å ruste opp eksisterende bygningsmasse til å møte fremtidens krav og utfordringer.

NITO ser ikke problemene ved å kombinere gammel bygningsmasse med ny.

Denne modellen framstår som realiserbar innenfor fornuftig tids- og økonomiske rammer.

Det er heller ikke vanskelig for NITO å støtte at et slikt valg for sykehusstruktur vil gi større grad av «nærhet». Mange pasientgrupper føler større trygghet i mindre miljøer.

Ulemper ved 2-sykehus modellen vil blant annet være fortsettelse av den uheldige «kampen om funksjoner». Det er belastende for pasienter da en fortsatt vil risikere forflytning mellom de 2 sykehusene. Det er i tillegg splittende for de ansatte.

Det kan bety større fare for pasientlekkasje.

Denne modellen gir fortsatt behov for pasienttransport mellom sykehusene.

### Spørsmål 3

#### **Samlokalisering psykisk helsevern, rus og somatikk**

- Behov for sammensatte tjenester imøtekommes best ved samlokalisering. Det kan absolutt ha sine fordeler ved en akuttinnleggelse, men i de fleste tilfeller vil ikke behovet være fremtredende.
- Reinsvoll og Sanderud er robuste fagmiljøer innen rus og psykiatri som bør utvikles videre. NITO tror at fordelene ved samlokalisering ikke veier opp for tapet ved å flytte/ødelegge de etablerte fagtilbudene.

Ventetiden mot avklaring av struktur blir utfordrende, og NITO frykter en fortsatt lang overgangsperiode som vil skade fagmiljøene og føre til "forvitring" av bygningsmasse og dermed føre til dårligere tilbud for pasienter og ansatte.

NITO er enig i at uansett hvilken sykehusstruktur som blir valgt, er robuste desentraliserte enheter et viktig mål å jobbe for, som vil gi befolkningen et kvalitativt godt og kostnadseffektivt helsetilbud. *Nærhet og kompetanse er viktig for oppfølging av kronisk syke og en del andre pasientgrupper!*

### **KONKLUSJON**

**Å sikre best mulig fagmiljøer og best mulig motiverte medarbeidere er en vesentlig forutsetning for å lykkes med å gi pasientene etterspurt og best mulig kvalitet på helsetjenestene.**

Hovedsykehusmodellen fremstår som beste alternativ, men NITO Oppland og NITO Hedmark mener at JA til hovedsykehus innebærer at en del viktige forutsetninger må oppfylles for at det skal være en god løsning.

Vi har i høringssvaret gjort rede for flere forhold som må vurderes i et helhetlig perspektiv hvis Innlandets befolkning og pasienter skal få fullt utbytte av hovedsykehuset. Vi vil spesielt fremheve forhold knyttet til transportbelastning og behovet for å finne gode infrastrukturløsninger. Videre er vi konkrete i vårt forslag om å benytte frigjorte lokaler til kompetansesenter for helse (primærhelsetjenester) og andre oppgaver som bør ivaretas desentralt (spesialisthelsetjenester). Hovedbekymringen til NITO er i forhold til økonomi. Hvordan kan vi sikre at investeringene svarer opp til de reelle behovene også i framtida? NITOs forslag for å redusere risiko og øke treffsikkerheten er å planlegge og gjennomføre en trinnvis utbygging med muligheter for justeringer i framtidige byggetrinn. Dette vil også redusere faren for «dobbel drift».

To-sykehusmodellen er den nest beste løsning og slik sett også et akseptabelt valg for NITO. Forutsetningene vi har gjort rede for i vårt hørings svar gjelder også dersom denne løsningen velges.

Mvh

NITO Oppland og NITO Hedmark

Glenn-Erik Wold  
leder NITO Oppland  
sign.

Kristin Jacobsen  
NITO Hedmark  
sign.

Gunvor Ulsaker  
NITO Oppland  
sign.

Gjøvik, den 12. mai 2017