

Høringsuttalelse Idéfaserapport

Norsk Sykepleierforbund Hedmark

Fylkesstyret i Norsk Sykepleierforbund (NSF) Hedmark har utarbeidet høringssvaret til «Fremtidig sykehusstruktur i Sykehuset Innlandet HF - Høring av idéfaserapport», og takker for at vi har fått mulighet til å uttale oss.

NSF bygger sitt høringssvar ut i fra NSF formål og prinsipper.

Fremtidig sykehusstruktur må tilfredsstillere befolkningens krav og behov når det gjelder kvalitet og tilgjengelighet. Hele befolkningen må sikres et likeverdig tilbud, der pasientrettigheter, brukerrettigheter og medvirkning blir ivaretatt.

Svar på spørsmålene til høringsinstanser:

1. Sykehuset Innlandet vil i en ny struktur legge til rette for en god desentralisert spesialisthelsetjeneste, med flere tjenester nær der pasienten bor. Det må planlegges i samarbeid med primærhelsetjenesten og kommunene. Sykehuset Innlandet er interessert i størst mulig aktivitet desentralt for å gi pasientene et faglig godt tilbud nærmere der de bor, dersom dette er hensiktsmessig. Sykehusstrukturen vil åpne for et annet tilbud i lokalmedisinske sentre og i frigjorte arealer i enkelte av dagens sykehus. Dette gir mulighet for økt samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- **Hvilke spesialisthelsetjenester kan utvikles i felleskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?**

Rapporter både fra Riksrevisjonen og Helsetilsynet og EVASAM (evaluering av samhandlingsreformen) viser at det fortsatt er store mangler i samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, og at dette truer både kvalitet og pasientsikkerhet. Det må derfor jobbes med å utvikle samhandlingsreformen faglig, da mange opplever at dette i stor grad handler om økonomi og utskrivning, og helsetjenesten oppleves som mer fragmentert.

Med en økende andel eldre og personer som utvikler og må leve deler av livet sitt med kroniske lidelser, vil flere ha behov for hjelp og oppfølging over tid, og på tvers av nivåer (kommune/spesialist). Utviklingen i helsetjenesten med økende spesialisering, kortere liggetid, forflytning mellom ulike nivå og forskyving av oppgaver, har gjort det stadig mer krevende å nå målet om helhetlige og koordinerte tjenester for pasientene.

Norsk Sykepleierforbund mener i sin høring til Kvinnslandsutvalgets rapport at det er behov for å se på hvordan en desentralisert spesialisthelsetjeneste kan utfylle en fremtidig integrert primærhelsetjeneste, herunder bidra til å fylle kompetansegapet i omsorgssektoren.

Avtaleverk, finansiering og den gjensidige veiledningsplikten må sees i sammenheng. Det bør igangsettes et arbeid for å se på hvordan halvannetnivå-tjenester er forankret og finansiert.

Både definisjon, innhold og «sørge for»- ansvar bør gjennomgås.

Det finnes en rekke eksempler på tjenester som intermediære avdelinger, lokalmedisinske sentre og ulike typer ambulante team, som utgår fra avtalene, der verken finansieringsansvaret eller «sørge for»- ansvaret er tydelig.

Man kan anta at dette vil være gunstige samarbeidsområder:

Tverrfaglige team:

Systematisk utvikling av tverrfaglige team på tvers av forvaltningsnivåene som koordinerer pasientenes behov for behandling og ytelser, vil for mange pasienter gjøre hverdagen lettere og bidra til mer effektiv utnyttelse av ressursene. Kompetanseutvikling og kompetanseoverføring mellom nivåene, spesialisering innen ulike fagfelt, tett samarbeid med fastlegene er nødvendig for å lykkes. Sykepleiere med master i avansert klinisk sykepleie vil her kunne bli en viktig ressurs.

Diagnosebaserte behandlingslinjer:

Følgforskning og evaluering har så langt vist at diagnosebaserte behandlingslinjer i liten grad er tatt i bruk.

Man vil kunne anta at brukere med store og sammensatte behov innen f.eks indremedisin, geriatri, habilitering og rehabilitering, psykisk helsevern og rus, har nytte av et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Hjemmesykehus

«Hjemmesykehus», er eksempel på at spesialisthelsetjeneste gis i hjemmet. En kan tenke seg at dette er områder som kan utvikles i mye større grad enn i dag, og at spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste kan samarbeide tettere.

Prehospitale tjenester

Prehospitale tjenester må videreutvikles uavhengig av framtidig sykehusstruktur, men i tråd med medisinsk og teknologisk utvikling og muligheter. Kommuner og helseforetak har felles ansvar for å sikre befolkningen et godt akuttmedisinsk tilbud. Ved akutt og kritisk sykdom er tidsfaktoren innenfor den akuttmedisinske kjeden av avgjørende betydning. Mangelfulle

ressurser prehospitalt, kan aldri kompenseres fullt ut ved godt utbygde tilbud senere i kjeden.

Det er fortsatt områder av Hedmark som ligger i skyggen av vedtatt norm for responstid ved bruk av ambulanshelikopter, og vi anbefaler at dette gjøres noe med.

IKT systemer/Kommunikasjons- og dokumentasjonsløsninger

Dagens IKT-systemer i helsetjenesten har fortsatt store mangler når det gjelder å understøtte helhetlige pasientforløp, gi mulighet for gjenbruk av data og informasjon og sikre nødvendig beslutningsstøtte. Det må etableres kommunikasjons- og dokumentasjonsløsninger mellom sykehus og kommunale tjenester, herunder fastlegene, som kan understøtte gode arbeidsprosesser og ivareta pasientsikkerheten.

- **Hvilke kommunale/interkommunale primærhelsetjenester for øvrig kan eventuelt lokaliseres i frigjorte arealer?**

Samlokalisering av helsetjenester og sosiale tjenester er effektivt faglig og ressursmessig, men det betyr at kommunene må ha et udekket behov i forhold til planer og arealer

Dette vil være avhengig av hvilke tilbud kommunene selv har etablert - som et resultat av blant annet samhandlingsreformen. Eksempler på dette er KAD- senger, rehabiliteringssenger, samlokalisering i etablerte helsehus m.v.

Dersom kommuner har behov, er det ingen begrensninger på hvilke primærhelsetjenester man kan bruke tomme lokaler til.

- **Er det andre helse- og sosialtjenester innen kommunen/regionen som med fordel kan samlokaliseres i de sykehuslokalene som eventuelt blir frigjort?**

Viser til svar i forrige spørsmål. Samlokalisering av helsetjenester og sosiale tjenester er effektivt faglig og ressursmessig, men det betyr at kommunene må ha et udekket behov i forhold til planer og arealer.

2. Samtidig som tjenestene i så stor grad som mulig bør være nær der pasientene bor, er det behov for å samle de mest spesialiserte tjenestene. Dette gjelder f. eks. tilbud innen mage-tarmkirurgi, ortopedi, urologi, karkirurgi, gynekologi/føde, barnemedisin, hjertemedisin, nyremedisin, nevrologi, øre-nese-hals og øye. Idéfaserapporten beskriver ulike modeller for en fremtidig sykehusstruktur.

- **Hvilken modell for en fremtidig sykehusstruktur gir det beste tilbudet til pasientene i Innlandet?**

Fylkesstyret har to ulike svar på dette spørsmålet:

Flertallet (Stai, Haugli, Tomter, Høiby) mener:

Modell 1 A er den modellen som gir best mulighet for å samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og rus. Den muliggjør et bedre tverrfaglig samarbeid og dermed økt kvalitet på pasientbehandlingen. Videre samles akutte områdefunksjoner og fagområder som er avhengige av hverandre. Det vil øke muligheten for spesialisering, øke samarbeidet innen avhengige fagområder og dermed øke kvaliteten på pasientbehandlingen.

I modell 1A er det behov for færre vaktlinjer enn i de andre modellene. Det gir mulighet for økt desentralisering av helsetjenester som kan desentraliseres. Videre muliggjør modell 1A økt spesialisering og til å ha oppdatert medisinsk teknisk utstyr og annen teknologi.

Modell 1 A er den modellen som vil bidra best til å gi befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet en mest mulig likeverdig spesialisthelsetjeneste og i tillegg øke kvaliteten på spesialisthelsetjenesten i Innlandet. Ved økt desentralisering er det også lettere å få til god samhandling med kommunene.

Uavhengig av valg av modell er det viktig å ha prehospitale tjenester med høy kvalitet. Det må innbefatte luftambulansse med base i Mjøsområdet.

Mindretallet (Myhr, Aaland, Holt Bredesen) mener:

Vedrørende valg av modell, oppleves det som en usikkerhetsfaktor at det desentraliserte tilbudet er svært forskjellig i de ulike modeller. Det betyr at hvis man velger en hovedsykehusmodell, f. eks 1A, kan man ende opp med et relativt spinkelt desentralisert tilbud, kontra f. eks 1C, hvor man beholder akuttisykehus med indremedisin, anestesi og elektiv heldøgnskirurgi på Elverum og Tynset, og akuttisykehus med indremedisin, anestesi og dagkirurgi på Kongsvinger. Det er viktig for pasienter og pårørende å ha et desentralisert **sykehus**tilbud, ikke bare et tilbud knyttet til DPS og LMS.

Så lenge man ikke er kjent med innholdet i det desentraliserte tilbudet, får man heller ikke noe bilde av det totale tilbudet til befolkningen. Dette gjør det vanskelig å peke på modell 1, da vi faktisk ikke vet hva den vil innebære.

Dersom man likevel velger modell 1, utpeker modell 1C seg:

- Alt som kan desentraliseres, skal desentraliseres.
- Fra tidligere utredning: Det sykehuset i Mjøsområdet som ligger lengst unna hovedsykehuset, skal ha akutfunksjoner, dvs. Elverum.

Dette betinger:

- Det desentraliserte tilbudet må satses på og utvikles i tråd med medisinsk og teknologisk utvikling.
- Det må ha en ressurstildeling som gjør at tilbudet ikke forvitrer, men være et effektivt tilbud til den (store) andelen av pasienter som ikke trenger det høyspesialiserte tilbudet.

3. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) legger føringer for at psykisk helsevern, rus og somatikk skal integreres bedre i fremtidens helsetjenester. Sykehuset Innlandet vil i en fremtidig sykehusstruktur legge til rette for dette gjennom større grad av samlokalisering av disse pasienttilbudene.

• **Gjennom hvilken modell kan dette best bli ivaretatt i Innlandet?**

Støtter prinsippet om samlokalisering. Men dersom man skal ha gjensidig faglig nytte av de ulike spesialiteter, må dette utvikles og satses på. Samlokalisering i seg selv er ikke et faglig bidrag.

Desentralisere det som man *kan* desentralisere. Utvikle DPS videre. Utvikle samarbeid som SAMAKS.

4. Idéfaserapporten anbefaler en modell med hovedsykehus ved Mjøsbrua. Denne modellen er utredet med ulik grad av gjenværende aktivitet i de eksisterende sykehusbyggene, dette gjelder akutt indremedisin, planlagt heldøgnskirurgi, dagbehandling og poliklinikk.

• **Hvilken hovedsykehusmodell vil gi det beste tilbudet til pasientene i Innlandet?**

Viser til vårt svar i spørsmål 2.

5. I to- og tre-sykehusmodeller forutsetter Sykehuset Innlandet at områdefunksjoner / spesialiserte tjenester samles på ett sted.

• **Hvilket alternativ av to- eller tre-sykehusmodellene ivaretar best befolkningens behov for spesialisthelsetjenester og ved hvilke sykehus bør områdefunksjonene samles?**

Vi vurderer *to-sykehusmodellen* som best av modell 2 og 3, med ett *stort akutt sykehus* i hvert fylke. Det vil si modell 2A med SI Lillehammer og Elverum. Vedrørende valg av geografisk plassering i Hedmark, følger vi tanken om at videreutvikling av Hamar Sykehus ikke er aktuelt. Dette bunner i plassering, manglende utbyggingsmuligheter, bygningsmassens forfatning osv. Vedrørende geografisk plassering i Oppland, vil vi ikke ha noen sterke meninger.

6. En endring av sykehusstrukturen vil ha samfunnsmessige konsekvenser og skaper samtidig muligheter til utvikling.

• **Hvilke samfunnsmessige hensyn bør Sykehuset Innlandet vektlegge sterkest i sin vurdering?**

Et godt utbygd desentralisert tilbud vil styrke beredskapen ved ulykker, katastrofer, epidemier og pandemier, sterk sentralisering vil derimot gi en dårligere beredskap.

For å oppnå best mulig helse og livskvalitet må den offentlige samfunnsplanlegging vektlegge faktorer av miljø-, sosial- og helsemessig betydning. (NSF *prinsippogram, helsetjenesten og samfunnet*). Dette må tas hensyn til ved endringer av sykehusstruktur. Hovedsykehusmodellen vil føre til at langt flere enn i dag, må bruke bil, buss eller tog til arbeidet. Det er viktig å begrense forflytningen av mennesker, gjelder pasienter, pårørende og ansatte. Dette gjøres ved et godt utbygd desentralisert tilbud.

Rekruttering av sykepleiere på kort og lang sikt vil være en kritisk faktor ved strukturendring. Sykepleiere utgjør den største arbeidstakergruppen på sykehus, og sykepleiernes bidrag er av avgjørende betydning for kvaliteten på sykehustilbudet. Slik vil det også være i framtida, og med oppgavedeling og nye behandlingsmetoder ser man for seg at man vil kunne få endrede roller i forhold til diagnostisering og behandling.

Vi ser en økende mangel på sykepleiere og spesialsykepleiere. Dette er en kritisk faktor man burde ha mer kunnskap om effekten av.

Rapportene omtaler helsepersonell og bosettingsmønstre ved de forskjellige modellene. Vi finner ikke om det er gjort noe arbeid spesifikt mot sykepleiere- eller om man ikke mener at det er en forskjell. Av søkere til sykehus vil det være mange nyutdannede sykepleiere. Hvor vil kommende generasjoner bo og jobbe? Betyr arbeidsvei noe for dem? Vil de bosette seg urbant eller landlig?

Utdanning av sykepleiere.

Samarbeid mellom høgskole/universitet og helsetjenesten er sentralt for kunnskapsutveksling og kompetanseutvikling i sykepleie.

Det mangler i dag en nasjonal oversikt over behovet for spesialsykepleiere innenfor ulike fagområder, som grunnlag for en systematisk og langsiktig planlegging av utdanningskapasiteten. Utdanningsinstitusjonene er avhengig av dette for å kunne tilpasse sin kapasitet etter behovene. For å sikre tilstrekkelig rekruttering av sykepleiere til viktige spesialiseringer må det i tillegg gis lønn til flere under utdanning.

I følge Idefaserapporten, legges det opp til et nedtak av døgnseger i Innlandet med ca 20 % i fra dagens tall. Dette kan medføre redusert tilgang på studieplasser i praksis. Sykehuset Innlandet må i samarbeid med NTNU Gjøvik og Høgskolen i Innlandet, i videre arbeid med sykehusstruktur, legge en plan for hvordan de *både* skal opprettholde antall studieplasser, og også *øke* antallet for å sørge for å fylle framtidens behov for sykepleiere og sykepleiere i spesialisering.