

Vedlegg

Dette dokumentet inneholder en samling av innsendte innspill til foretaksledelsen i forbindelse med en eventuell endret foretakstilhørighet for Kongsvinger. Det har vært interne prosesser og flere møtearenaer hvor saken har vært diskutert. I tillegg har det kommet skriftlige innspill fra divisjon Kongsvinger, divisjon prehospitale tjenester, divisjon psykisk helsevern og divisjon medisinsk service og enkelte tillitsvalgte ved SI, Kongsvinger.



Innspill fra divisjon psykisk helsevern

Divisjon psykisk helsevern ønsker å fortsatt tilhøre Sykehuset Innlandet.

Rapporten fra HSØ bærer preg av å være fokusert rundt somatikk og døgnbehandling samt faglig tilknytning til enkelt spesialistmiljøer mellom Kongsvinger og Ahus.

Psykisk helsevern, faglig tilknytning her og sammenhengende pasientforløp er i liten grad tematisert.

Den manglende kapasiteten til Ahus på sykehuspsykiatri er kun beskrevet kort og det antydes at det vil være behov for en langvarig overgangsordning. Dette betyr at DPS-tilbudet og sykehusstilbudet til pasienter i området blir løsrevet fra hverandre og står uten mulig gjensidig påvirkning. Det er vanskelig å se for seg en harmonisering av bruken av sykehusplasser i et psykisk helsevern hvor kun DPS tilhører Ahus, mens sykehussenger som benyttes tilhører SI. Erfaringsmessig oppnås best pasientforløp når samhandlingen mellom DPS, sykehus og kommune er optimal.

Divisjon psykisk helsevern i SI er en gjennomgripende divisjon hvor Kongsvinger DPS og BUP Hedmark med poliklinikk på Kongsvinger er godt integrert. Døgntilbudet ved DPS Kongsvinger er harmonisert med det spesialiserte sykehusstilbudet som gis primært ved Sanderud, men også Reinsvoll (noe TSB og sikkerhetspsykiatri) samt Kringsjøatunet (BUP). Tilbudene videreutvikles i SI i felles ledergruppe.

En endret foretakstilhørighet vil utgjøre risiko for brutte pasientforløp internt i psykisk helsevern og mellom psykisk helsevern og somatikk. Det skaper ikke gode helsetjenester for en sårbar gruppe.



NOTAT

Til: Viseadministrerende direktør Astrid Bugge Mjærum

Fra: Divisjonsdirektør Randi L. Beitdokken, divisjon Medisinsk service

Dato: 27.04.17

Sak: **HØRINGSSVAR – FORETAKSTILHØRIGHET KONGSVINGER**

Viser til rapport fra Helse Sør-Øst RHF der Sykehuset Innlandet er høringsinstans og oversender her innspill fra divisjon Medisinsk service. Våre momenter bygger på innspill fra ansatte ved avdeling for blodbank og medisinsk biokjemi og avdeling for medisinsk teknologi lokalisert på Kongsvinger og en overordnet vurdering fra divisjonsledelsen. Innspillene er gjennomgått og harmonisert med divisjon Kongsvinger i møte med personalgruppene 27. april.

Fra medarbeidere på Kongsvinger:

- Vi er en divisjon på tvers av geografi i SI – mye av prosedyrer og faglig nettverk er likt, men noe er også ulikt av hensyn til samarbeidet med divisjonen man fungerer som støttefunksjon for. Faglig sett ser man ingen ulemper med en overgang til Ahus. Man vil gå over til et akkreditert laboratorium, og kunne forholde seg til ett sykehus – i stedet for 5 (Tynset, Lillehammer, Hamar, Elverum og Gjøvik).
- Det er etablerte transportruter i SI, men disse er ikke optimale og innebærer forsinkelser i prøvesvar og lite fleksibilitet (særlig mht. tapping av blodgivere). Transporttiden til Ahus er vesentlig kortere, og prøvene skal ikke fordeles på flere destinasjoner.
- Det er allerede etablert et samarbeid med blodbanken på Ahus vedrørende blodprodukter ved store traumer/katastrofer. Samling av produksjon i SI har skapt mindre fleksibilitet for Kongsvingers blodgivere, da transport til og fra Lillehammer, samt bemanning på produksjon – avgjør tappetidspunkt for giverne.
- Datamessig har Ahus samme datasystem som oss innen begge fagfelt (blodbank og med. biokjemi). Kostanden vil være sammenkobling av disse mot Ahus.
- Både Ahus og SI mener at Kongsvinger bør være et akutt sykehus (i en eller annen grad) – noe som er ønskelig også fra lab sin side.
- I SI har Kongsvinger de siste årene stadig kjempet for sin tilværelse, som lillebror til Ahus vil også dette være en fare.
- Medisinsk teknologi opplever å bli godt innlemmet i faglig samarbeid i SI og trives godt i dette miljøet.
- Hvis det blir endringer og omstilling for Kongsvinger sykehus som fører til nedbemanning vil det være enklere å pendle til Ahus enn til andre sykehus i Sykehuset Innlandet. Begge foretak vil trolig ha muligheter for å omstille medarbeidere.
- Vi er alle klar over at det vil bli omorganisering uansett hvilket foretak vi tilhører. Nå har det vært mye endringer i SI de siste årene, og Kongsvinger har i alle runder måttet kjempe for sin eksistens. Samlet sett ser vi ingen store ulemper ved overføring til Ahus, men vi vil uansett stille oss bak div. Kongsvingers ståsted og være lojale mot divisjonen vi skal være en støttefunksjon for.



Innspill fra divisjonsledelsen:

Som divisjonsdirektør støtter jeg foretaksledelsen i sitt høringssyn. Nedenfor er angitt noen forhold jeg ser det kan være viktig å ivareta eller belyse når det gjelder våre fagområder.

- Divisjon Medisinsk service er en divisjon på tvers med godt etablerte fagmiljøer innenfor avdelingene og tradisjon for å innlemme Kongsvinger i et felles fagmiljø. Gjennom denne organiseringen har fagmiljøene etablert felles prosedyrer, felles analyseinstrument, fagnettverk etc. Ahus har ikke en tradisjon for å ha eksterne enheter som innlemmes som en likeverdig part på samme.
- Innenfor laboratorimedisin har SI etablert flere «områdefunksjoner». Her kan nevnes medisinsk mikrobiologi, patologi, produksjon av blodprodukter og enkelte spesialanalyser. Det må derfor sikres at Ahus også har god nok kapasitet for å ivareta disse områdene ved en eventuell endring. Legger ved statistikk over antall analyser innen mikrobiologi som eksempel da dette trolig er det største området som må ivaretas.
- Innenfor laboratoriene i Sykehuset Innlandet er det gjennom årene anskaffet likt laboratorieutstyr for å sikre felles rutiner, referanseverdier, back-up system og gunstige avtaler knyttet til forbruksmateriell. Dette gir også bedre pasientbehandling når pasienter overflyttes mellom sykehusene. Felles labdatasystem gjør også at svar fra ett sykehus kan sees på et annet og at svarene er sammenlignbare. Dette er en stor fordel som det vil ta lengere tid å etablere ved Ahus. I forhold til pågående anskaffelsesprosess i SI må dette harmoniseres med pågående prosess for Kongsvingers tilhørighet. I denne sammenheng er det en fordel at Ahus og SI har like labdatasystem og Medusa innføres som system nasjonalt for MTU.
- SI har i dag etablert mange transportruter for å sikre en best mulig logistikk av prøver og blodprodukter. Ved overføring til Ahus må dette tas med som en ny kostnad for dem. Det skal samtidig sies at avstanden til Ahus er kortere og slik sett vil logistikk av prøver og blodprodukter på sikt kunne bli mere gunstig.
- Avslutningsvis vil jeg også påpeke punktet om alternative tiltak for å sikre kapasitet til Ahus. Anbefaler at dette punktet utredes grundig før en større virksomhetsoverdragelse med tilhørende kostander gjennomføres.



Vedlegg 1 – antall analyser mikrobiologi 2016 fra Kongsvinger

| Analyser - Kongsvinger-området 2016 | Region 1,5,6 | Region 4 | Region 20,99 | Totalt |
|--|-------------------------|-----------------|-------------------------|---------------|
| 1. Bakteriologiske dyrkninger | 3414 | 3244 | 128 | 6786 |
| 2. Bakterielle antigener og toksiner | 57 | 68 | 0 | 125 |
| 3. Mikroskopier - unntatt Ziehl-Neelsen | 25 | 54 | 0 | 79 |
| 4. TB-undersøkelser | 253 | 116 | 0 | 369 |
| 5. Genteknologi - unntatt M. tuberculosis DNA amplifikasjon. | 3035 | 3208 | 0 | 6243 |
| 6. Mykologiske undersøkelser | 151 | 79 | 0 | 230 |
| 7. Parasittologi | 39 | 7 | 0 | 46 |
| 8. Serologi | 5278 | 4510 | 3 | 9791 |
| 9. Virusantigener | 6 | 0 | 0 | 6 |
| 10. Antall ekstraserum (EKSTRAS) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totalt | 12258 | 11286 | 131 | 23675 |
| 11. Resistensbestemmelser | 820 | 1052 | | 1872 |
| 12. Tiltak (bakteriologisk sekundærarbeid) | 4412 | 4712 | | 9124 |



Til Sykehuset Innlandet HF.

Fra tillitsvalgte i Seksjon for Ergoterapi, Fysioterapi, Sosionomtjeneste og Klinisk Ernæringsfysiologi (EFSE) ved Sykehuset Innlandet Kongsvinger

09.05.17. Innspill til rapporten fra HSØ RHF «VURDERING AV FORETAKSTILHØRIGHET FOR KONGSVINGER SYKEHUS»

I arbeidet med høringssvar til rapporten har vi vektlagt både pasientperspektivet, samfunnsperspektivet og ønsket om å beholde egne arbeidsplasser. Vi har vurdert rapporten mot tidligere utrednings- og planarbeid som vi har deltatt i siden HF-et ble opprettet, samt ferske politiske signaler og erfaringer fra dialogmøtet på Kongsvinger 08.05.17

Konklusjon: De ansatte i kliniske støttefag (seksjon EFSE) ønsker overføring fra SI HF til A-HUS HF under forutsetning av økt opptaksområde ved tilførsel av kommuner nord i Akershus.

Konklusjonen er enstemmig blant alle våre medlemmer.

Begrunnelse:

I Akershus Universitetssykehus finnes muligheter, men ingen garantier. Vi viser til HSØ RHF sin «Mulighetsanalyse».

I Sykehuset Innlandet mener vi at framtida = drastisk nedbygging av pasienttilbudet og masseoppsigelser blant ansatte. Framtida starter 1.januar 2020 da Nes-pasientene tilbakeføres til A-hus.

Vi følgende forståelse av framtidig sykehus i Kongsvinger som del av Sykehuset Innlandet: Tilpassede akuttfunksjoner = akuttmottak = avansert interkommunal legevakt med anestesi i døgnkontinuerlig vakt og mer enn én lege i vakt. Pasientene vurderes og stabiliseres. Det er avtaler om konfereringsbistand pr telefon med vakthavende LIS-er og overleger ved andre sykehus i SI før evt. videre transport.

Sengepost for vanlige, indremedisinske tilstander = avansert interkommunal sykehjemsavdeling med leger i vakt på dag og kveld. Legene i akuttmottaket har ansvar for pasientene på nattskiftet.

Vedrørende tillit til Sykehuset Innlandet.

Tilliten til SI ble ikke forsterket etter dialogmøtet 8.mai. Divisjonsdirektør Graadal ga ingen konstruktive innspill til samarbeid om gode behandlingsforløp for befolkningen i Kongsvingerregionen.

Adm.dir. og styreleder ønsker at Kongsvinger skal forbli en del av SI. Dette gir de uttrykk for før høringsfristen, og ber resten av Innlandet om å mobilisere for å beholde Kongsvinger. Når Adm.dir. og styreleder så tydelig prioriterer øvrige regioner i Hedmark og Oppland foran Kongsvinger i denne avgjørelsen, er det ingen grunn til å tro at prioriteringen vil bli annerledes i framtidige budsjettprosesser.



Adm.dir. og styret har sagt til prosjektgruppa at Kongsvinger skal utvikles. I Sykehuset Innlandet er utvikling synonymt med endring. Endring er uten positivt eller negativt fortegn, og «utvikles» høres fint ut, men erfaringsmessig gir ikke SI fra seg funksjoner eller ressurser til Kongsvinger. I dialogmøte 8.mai presenterte Adm.dir. sin visjon for sykehuset i Kongsvinger «i overskuelig framtid ca 5 år»: akuttfunksjoner innen kirurgi, medisin og føde samt evt. revmatologi som nisjespesialitet. Vi tror ikke at dette er gjennomførbart pga manglende finansiering.

Andre begrunnelser for at vi ikke tror på opprettholdelse av akuttfunksjoner som nå innenfor SI:

Prognose viser underskudd her i 2017. Kongsvingers andel av innsparinger i ØLP er 7 mill i 2018, 5,4 mill i 2019, 8 mill i 2020. Dvs. til sammen 20,4 millioner kroner.

Nes-pasienter tilbakeført til A-hus fom 2020 betyr 36 mill mindre inntekt.

Til sammen ca. 117 årsverk. (tallene har vi fått av controller Andreassen på forespørsel).

Vi har gjennomgått svært mange omstillingsprosesser og nedtak, den foreløpig siste med opprettelsen av blandingsposter og helgestengte avdelinger ifra 2016.

Svar i dialogmøte vedr. finansiering av Kongsvinger: «må endre hvordan vi jobber i alle sykehusene». «ingen sykehus i SI har overskudd å avse til Kongsvinger».

«Akuttfunksjoner ved Kongsvinger skal ha god kvalitet. Kreves strenge seleksjoner for hva som kan utføres på Kongsvinger». Vår kommentar: Dette pkt kan forstås som «tilpassede akuttfunksjoner», begrep i rapporten og i Nasjonal helse- og sykehusplan med ikke-definert innhold. SI bestemmer hva som er god nok kvalitet, nasjonale og regionale kriterier finnes ikke. Her er det rom for å avvikle pga dårlig kvalitet, jmf mortalitetsanalysen

Huspatriotisme. Begrepet er brukt i presentasjonen av SI HF i «Reisen Norge rundt», i forarbeidet til Nasjonal helse- og sykehusplan. Under dialogmøtet på Kongsvinger ble ikke selve begrepet brukt, men det ble snakket om flere eksempler på denne kulturen. I løpet av HF-ets 15 år har det ikke vært mulig å opprette vi-følelse, helhetstenkning, overordnet styring som alle innretter seg etter. Hver divisjon / klinikk/sjef/ avdelingsleder står fortsatt fritt til å prioritere, etablere eller fjerne helsetjenester innenfor eget budsjett, uavhengig av om tjenesten allerede tilbys andre steder i SI. Det føres en alles kamp mot alle, der den sterkeste overlever.

Kongsvinger er den klart svakeste med minst budsjetttramme.

Huspatriotisme medfører at hver avdeling har sine egne prosedyrer, metodeverk, kvalitetskrav og utdanning/opplæring. Det foregår liten grad av kunnskapsutveksling. Vi ble oppfordret til å melde inn ønsker om å delta i tele-overført internundervisning, dette er umulig når vi ikke vet hva som foregår.

Huspatriotisme gir dårlig utnyttelse av økonomiske og faglige ressurser. Nåværende Adm.dir. og konst. Fagdirektør gir uttrykk for ønsker og behov om endring av kulturen. Hvilken makt og innflytelse har nåværende ledere som forgjengerne manglet? Hvor mange år vil det ta å gjennomføre holdningsendringene? Vi ser for oss muligheter for funksjonsfordeling og samarbeid om behandlingsforløp om noen år. Men innen den tid tror vi Kongsvinger er utarmet.



Tidligere erfaringer om samarbeid og funksjonsfordeling i SI. Vi har blitt fratatt mye, aldri tilført noe (se vedlegg som viser eksempler)

Vedrørende fødeavdelingen. Adm.dir. har gått langt i å love at Kongsvinger får beholde fødeavdelingen om vi forblir i SI. Per i dag er det ca. 400 fødsler i året ved Kongsvinger. 25 % av disse er kvinner hjemmehørende i Akershus, hovedsakelig Nes kommune som bidrar med omlag 15 % av alle fødslene ved Kongsvinger. Om Kongsvinger forblir en del av Sykehuset Innlandet vil ikke lenger Nes benytte Kongsvinger sykehus som sitt lokalsykehus – er det da gitt at man klarer å opprettholde antall fødende ved Kongsvinger? Om alle de som er hjemmehørende i Akershus som i dag føder ved Kongsvinger, velger å føde ved A-hus, har man mistet 25 % av de fødende. Da er man nede i ca. 300 fødsler per år, noe som betyr mindre enn én fødsel per døgn. Hvordan har Adm.dir. tenkt å opprettholde aktiviteten på Kongsvinger uten det pasientgrunnlaget Nes tilfører?

Etiske betraktninger:

Om Kongsvinger ikke overføres til A-hus, mener vi at økonomien blir prioritert foran etikken innad i Helse Sør-ØST RHF:

Det er uetisk at pasienter på A-hus ligger og venter på operasjon, ligger på korridor eller står på venteliste, samtidig som det finnes ressurser på Kongsvinger til å hjelpe disse pasientene. Uten kostnadsøkning kan vi gjenåpne inntil 38 senger (økte inntekter vil finansiere både økning i personell og estimert vedlikeholdsbehov).

I Sykehuset Innlandet insisterer Adm.dir og styreleder på å beholde Kongsvinger. Argumentet er ikke å gi pasientene i Kongsvingerregionen et best mulig tilbud, men å sørge for at pasientene i resten av Hedmark og Oppland ikke taper. Man argumenterer med at reduksjonen ikke kan gjennomføres ved å redusere antall ansatte, fordi «sengene er spredd på mange avdelinger». Aktivitetstallene viser imidlertid at det er noen få avdelinger som har de fleste pasientene, dvs. føde, barn, kreft og nevrologi. Pasienter fra Kongsvingerregionen benytter gjennomsnittlig 23 senger i øvrige divisjoner i SI, en brøkdel av det totale sengetallet. Et nedtak på 23 senger vil ha vesentlig mindre betydning for driften i SI enn konsekvensene vil bli for Kongsvinger som «sykehus med tilpassede akuttfunksjoner». Befolkningen i Kongsvingerregionen ofres altså til fordel for andre regioner, det er også uetisk.

Det økonomiske tapet som SI har beregnet ved å miste Kongsvinger, er i størrelsesorden det årlige budsjettoverskuddet i SI. Betyr det at Kongsvinger er underfinansiert? Beregninger viser at Kongsvinger får 169 kr mindre pr innbygger enn gjennomsnittet i SI. Fortjener en innbygger i Sør-Hedmark mindre ressurser til helsehjelp enn andre mennesker?

Vedrørende rapporten og muligheter i A-hus:

I rapporten utarbeidet av arbeidsgruppen sier Sykehuset Innlandet klart at de ikke har behov for økt kapasitet de kommende årene. Det viser også tall rapporten har hentet fra SSB: befolkningsveksten er størst sør og vest for Kongsvinger.

Den samme rapporten sier at om Kongsvinger overføres til A-hus må det være fordi man ønsker å skape fleksibilitet omkring A-hus. En måte å gjøre dette på er å la Nes og Eidsvoll bruke Kongsvinger som lokalsykehus.



A-hus kjøper et betydelig antall gjestepasientdøgn og polikliniske konsultasjoner fra andre foretak. De siste årene har det også vært økende aktivitet ved A-hus. Når man i tillegg vet at befolkningsveksten er på vei nordover fra Oslo, er det sannsynlig at A-hus vil kunne dra nytte av økt fleksibilitet rundt egne lokaler ved å avgi lokalsykehus-funksjoner til Kongsvinger. A-hus får frigjort plass og ressurser for å utvikle områdefunksjoner.

Det er ledig kapasitet ved Kongsvinger og man kan, uten bygningsmessige endringer, ta i bruk 38 senger. Ifølge rapporten tilsvarer dette lokalsykehus-funksjoner for ca. 40 000 mennesker.

Om Kongsvinger forblir i SI, vil ikke Nes lenger benytte Kongsvinger som lokalsykehus. Befolkningsgrunnlaget for Kongsvinger sykehus vil i 2030 være omkring 44 000, uten Nes kommune. Kongsvinger vil da befinne seg mot nedre grense av hva som kan defineres som et lite lokalsykehus. Med Nes vil befolkningsgrunnlaget i framtiden være omlag 68 000, noe som plasserer Kongsvinger i øvre sjiktet av lite lokalsykehus.

Inkluderer man i tillegg Eidsvoll kommune er befolkningsgrunnlaget oppe i 98 000, noe som tilsier at Kongsvinger kan drives som et stort lokalsykehus.

Rapporten beskriver reisevei og transportmuligheter utfyllende. Tar man utgangspunkt i Kongsvinger sykehus, er det litt kortere til A-hus enn hva det er til hvilket som helst av de andre somatiske enhetene i SI. Tar man med i betraktningen at hovedtyngden av befolkningen i opptaksområdet er hjemmehørende i Kongsvinger og Sør-Odal, vil det for mange av pasientene i realiteten bli enda lenger til de andre somatiske enhetene i SI enn hva det er til A-hus. Rapporten konkluderer med at A-hus er "således til dels betydelig lettere tilgjengelig enn sykehusene i Innlandet. Dette gjelder ved bruk av egen bil, men særlig er kollektivtilbudet vesentlig dårligere inn mot sykehusene i Innlandet. I praksis er det en dagstur å reise fra Kongsvinger til Gjøvik/Lillehammer tur/retur."

Rapporten beskriver altså godt hvilke fordeler befolkningen i Akershus og Sør-Hedmark vil ha av å innlemme Kongsvinger i A-hus.

Vi vil legge til: Flere av våre overleger har fått sin spesialisering på A-hus, med personlig kjennskap til rutiner og ansatte. Kliniske støttefag på Kongsvinger er godt etablert i effektive tverrfaglige team som utreder, behandler og rehabiliterer innen flere fagområder, f.eks. hjerneslag, svimmelhet, revmatologi, ortopedi og traumerehabilitering i mellom andre sykehusinnleggelse/rehabiliteringsinstitusjoner. Differensiert redusert arbeidsgiveravgift i Kongsvinger kommune vil komme A-hus til gode når tjenesteproduksjon utføres på Kongsvinger.

Avslutning:

Vi mener Mulighetsanalysen viser at A-hus er det beste for pasienter, pårørende og ansatte i Kongsvingereregionen, for fleksibilitet i A-hus og for befolkningen i Akershus.

Det foreligger ingen mulighetsanalyse med Kongsvinger i SI.

Vi forstår risikoanalysen. Vanskene synes overkommelige, dersom det er vilje.

Vi ansatte i kliniske støttefag vil gjøre vårt ytterste for å bidra til en smidig overføring.

Vi tilbyr gjerne vår kompetanse og vårt engasjement til gode behandlingsforløp for befolkningen i Akershus i tillegg til Kongsvinger-regionen, og ser fram til å samarbeide, lære av og være en del av de respektive fagmiljøer på A-hus.



Vi ber om at avgjørelsen om foretakstilhørighet fattes i juni 2017. Ytterligere utsettelse vil medføre økonomiske driftsvansker og nedbygging i en grad som A-hus vil få store vansker med å bygge opp igjen. Slik vi ser det, vil en utsettelse i realiteten bety gradvis endring av sykehuset i Kongsvinger til lokalmedisinsk senter.

Kongsvinger den 9.mai 2017

Med vennlig hilsen

Björn Christian Andersson
Norsk Ergoterapeutforbund

Kamilla Nina Andersen / Gunbild Knutsrud
Norsk Fysioterapeutforbund

Linda Bakkerud
FellesOrganisasjonen for sosionomer m.fl

Liv Irene Dalby
Kliniske Ernæringsfysiologers Forbund

Kopi til divisjonsdirektør Dagny Sjaatil



Høringssvar – Rapport for vurdering av foretakstilhørighet for Kongsvinger sykehus

Viser til høringsbrev 23.4.2017. Høringssvaret baserer seg på diskusjoner i divisjonens tre avdelinger avdeling for diagnostikk, avdelings for akuttmedisin og avdeling for behandling og pleie.

Oppsummering

De kliniske avdelingene ved Kongsvinger sykehus mener at Kongsvinger bør overføres til Akershus universitetssykehus.

Revmatologi og øye

Kongsvinger sykehus har i dag et tilbud innen revmatologi og øye. I mandatet står det at helseforetakene skal beskrive hva de tenker om disse tilbudene. Vi kan ikke se at denne oppgaven er besvart i rapporten.

Ved foretakstilhørighet Ahus ville man kunne øke opptaksområdet og videreutvikle avdelingenes tilbud til pasientgruppene. Revmatologiske pasienter bosatt i Akershus må reise forbi Oslo og ut til Martina Hansens hospital i Bærum, noe som gjør at mange også i dag velger seg til Kongsvinger.

Fra SI opplever vi at det gjennom mange år er jobbet for å legge revmatologitilbudet ned/sentralisere det til Lillehammer. I idefaserapporten om fremtidig sykehusstruktur ser det riktignok ut til at man beveger seg i retning av å beholde et fortsatt desentralisert tilbud, men ikke noen signaler om å styrke revmaprofilen ved sykehuset.

Akuttberedskap og kapasitet

Kongsvinger sykehus, med fullverdig medisinsk og kirurgisk akuttberedskap og med traumemottak som i dag, vil utvilsomt være det beste sykehusstilbudet til befolkningen i opptaksområdet. I rapporten sier både Sykehuset Innlandet (SI) og Akershus universitetssykehus (Ahus) at de ikke ser for seg et slikt tilbud ved sykehuset i Kongsvinger på sikt. Med behovet for å øke kapasiteten for Ahus de kommende årene, vil en løsning med overføring av Kongsvinger kunne muliggjøre en økning i kapasitet som krever minimale kostnader for ombygging, samt opprettholdelse/styrking av allerede tilstedeværende fagmiljøer. Kostnad per pasient vil på denne måten reduseres.

Vi har per i dag operativ kapasitet på øyeblikkelig hjelp, gastrokirurgiske pasienter, og fungerer som avlastningssykehus for Ahus i de perioder de har behov. Dette samarbeidet kan utvikles videre ved endret foretakstilhørighet ved at man overtar enkelte kommuner/opptaksområder.

Med uendret foretakstilhørighet vil SI på sikt ha behov for å transportere akutt syke pasienter, fra det som i dag er Kongsvinger sykehus sitt opptaksområde, til et områdesykehus lokalisert ved Mjøsa. Dette gjelder også traumepasienter. Vi mener dette er en unaturlig retning og en lang vei å transportere akutt syke pasienter. Dette vil bidra til forringet faglig kvalitet og økte kostnader. Side 2



Fødetilbudet

Fødetilbudet ved Kongsvinger er beskrevet i eget avsnitt i rapporten. Det beskrives som krevende å opprettholde tilstrekkelig kompetanse og kvalitet ved avdelingen, spesielt med tanke på rekruttering og dekning av gynekologspesialister. Modell 2 – Kongsvinger som akuttstusykehus med tilpassede funksjoner, anbefales av begge HF. Her står det at man bør gjennomgå og vurdere alternative løsninger for fødetilbudet. Endelig avklaring skal ferdigstilles etter at foretakstilhørighet er avklart. Vi er klar over at politiske føringer kan bli avgjørende for dimensjoneringen av fødetilbudet.

Opprettholdelse av fødeavdelingen betinger at beredskap med gynekolog, anestesilog og ett operasjonsteam i vakt videreføres. Dette må ses i sammenheng med annen kirurgisk beredskap. Det er ved flere anledning gjort økonomiske beregninger som tilsier at det er svært ulønnsomt å fjerne deler av beredskapen, da denne operasjonsaktiviteten genererer viktige inntekter til divisjonen. Det vekker stor usikkerhet at rapporten ikke presenterer et tydelig veivalg og sammenhenger mellom fødetilbudet og annen påkrevd døgnberedskap. Vi mener opprettholdelse av akutt kirurgisk døgnberedskap er eneste troverdige alternativ for videre drift av fødeavdelingen ved Kongsvinger.

Faglig samarbeid og faglig profil

Rapporten peker på et faglig samarbeid mellom Kongsvinger og resten av SI som ikke fungerer godt nok. Det er noe ulike oppfatninger om hvordan samarbeid innen ulike fag i SI fungerer, men vi er i hovedsak enige i vurderingen om at samarbeidet ikke er godt nok.

Vi har tro på samarbeid mellom sykehus i team. Dette krever imidlertid et tydelig områdesykehus. Vår erfaring tilsier at Ahus vil kunne være et langt mer tydelig områdesykehus for Kongsvinger sammenliknet andre enheter i SI.

Det er ingen tvil om at det faglige tilbudet ved Kongsvinger sykehus vil bli endret i tråd med naturlig faglig utvikling. Vi tror en tydelig faglig profil vil kunne styrke Kongsvinger i årene som kommer. Det vil også si at sykehuset vil måtte få endringer i faglig tilbud. Det eksisterer i dag en samarbeidsavtale mellom Ahus og Kongsvinger sykehus om avlastning innenfor kirurgi og ortopedi. Endring av foretakstilhørighet vil formalisere og forenkle videre utvikling av faglig samarbeid med Ahus. Dette vil kunne bidra til bygging av en tydelig faglig profil for sykehuset i Kongsvinger.

Rekruttering/ utdanning

En kritisk suksessfaktor for et lokalsykehus er rekruttering av legespesialister. Erfaringen tilsier at investering i utdanning ved eget sykehus, i samarbeid med universitetssykehus, bidrar til god og stabil kompetanse. Vi har lang og meget god erfaring med å gi leger i spesialisering et utdanningsløp hvor de får deler av sin utdanning ved Ahus. Det er ikke innarbeidet noen tilsvarende tradisjoner i SI. Ved endret foretakstilhørighet vil man derfor kunne legge til rette for et raskere og bedre spesialiseringsløp. Samtidig vurderer vi det som vanskelig å utvikle tilsvarende samarbeid i SI, både mht. mangelen av et større områdesykehus, manglende tradisjon for samarbeid, samt de geografiske forholdene som reisevei/kollektivtransport.

Rotasjonsordninger for ferdige spesialister med lokal tilknytning til Sykehuset i Kongsvinger, kan enklere tilrettelegges med tilhørighet til Ahus av samme årsaker som nevnt over. Dette vil lette rekrutteringsarbeidet og styrke den faglige utviklingen for den enkelte.

Alternative A og B

Det pekes på to alternative løsninger for Kongsvinger sykehus.

Alternativ B: Kongsvinger sykehus forblir en del av Sykehuset Innlandet. Dette vil trolig gi et befolkningsgrunnlag på 44 000 fra 2020, fordi Nes tilbakeføres til Ahus. Vi tror ikke Sykehuset Innlandet vil tilføre Kongsvinger et større befolkningsgrunnlag. Dette alternativet vil kunne føre til behov for omfattende og meget krevende tilpassinger og kostnadsreduksjoner ved Kongsvinger sykehus.



Alternativ A: Kongsvinger sykehus overføres til Akershus universitetssykehus, og at kapasitet ved Kongsvinger sykehus utnyttes. Kongsvinger har et uutnyttet potensiale som Ahus kan dra nytte av. Tilføring av resterende del av Nes kommunen og ytterligere en kommune i Akershus vil gjøre Kongsvinger til et langt mer veldrevet sykehus, både faglig og økonomisk.

Økonomi

Vi ser at økonomiske konsekvenser ved en overflytting er betydelig vektlagt i rapporten. Vi har forståelse for pukkelkostnadene en slik overdragelse vil kunne gi, og at det i en overgangsperiode vil være krevende for SI.

Kongsvinger sykehus er i dag i en meget vanskelig økonomisk driftssituasjon som i hovedsak skyldes svikt i ISF-inntekter. Rapporten mangler en vurdering av de økonomiske konsekvensene for Kongsvinger sykehus med fortsatt drift under SI. Kravene i økonomisk langtidsplan øker for hvert år, til formidable 42 millioner i 2021. I tillegg vil bortfall av Nes kommune fra 2020 forverre dette ytterligere med 60 millioner.

Vi mener Kongsvinger er et driftseffektivt sykehus som trenger et større befolkningsgrunnlag for å kunne bli et kostnadseffektivt sykehus.

Risiko- og mulighetsanalyse

Det er gjennomført en risiko- og mulighetsanalyse som ser på utfordringer og muligheter hvis Kongsvinger sykehus blir en del av Ahus. Vi kan stille oss bak vurderinger som er gjort i analysen, og avbøtende tiltak som forslås. Vi vil samtidig bemerke at områdene som er vurdert med høyest risiko ved overføring er knyttet til overgangseffekter som man ikke vil komme utenom ved en slik endring. Disse kan håndteres med gode avbøtende tiltak.

Vi vil også bemerke at analysen har fått med viktige elementer i muligheter for bedre faglig utvikling, rekruttering av fagfolk og ikke minst kunne skape et robust pasientgrunnlag for Kongsvinger. Disse bør vekte tungt ved en avgjørelse om endret foretakstilhørighet eller ikke.

Vi savner en tilsvarende risiko- og mulighetsanalyse ved fortsatt tilhørighet i Sykehuset Innlandet.

Med vennlig hilsen

Stein Vaaler
Avdelingssjef diagnostikk

Ann-Kristin Kneppen
Avdelingssjef behandling og pleie

Ingunn H. Gulli
Avdelingssjef akuttmedisin

Kopi:
Dagny Sjaatil
Divisjonsdirektør



**Høringssvar fra;
Prehospitale tjenester i Sykehuset Innlandet**

(frist 24 mai 2017)

Kongsvinger sjukehus bør fortsette å være en del av Sykehuset Innlandet.

Dette begrunnes utfra følgende vurdering:

- Glåmdalsregionen er en del Hedmark fylke som er forvaltningsmessig på mange samfunnssektorer knyttet til et fellesskap som det anses som uheldig å splitte: jfr;
 - Fylkesmannen som tilsynsmyndighet og beredskaps-samordner),
 - Innlandet politidistrikt (Lokal redningsentral)
 - Nødnummer-sentralene 110 – 112 – 113
- Sykehuset Innlandets opptaksområde, inkl AMK-område, - har en hensiktsmessig størrelse og som ikke bør reduseres. Dette forplikter Sykehuset Innlandet til å sikre at også befolkningen i Glåmdalsregionen skal ha et forsvarlig spesialisthelsetjenestetilbud framover.
- Sykehuset Innlandet har lagt til rette for å ha kapasitet til å dekke behovene innenfor dagens organisering, for alle aktuelle fagområder, noe som er mer usikkert ved en omlegging til tilhørighet til Ahus
-
- Økonomi:
 - Transaksjonskostnadene for omleggingen er uforholdsmessig store
 - Innteksgrunnlaget for Sykehuset Innlandet svekkes i stort omfang, noe som ikke anses som optimalt helhetlig sett.
- Ansatte som i dag er ansatt i Prehospitale tjenester i Sykehuset Innlandet ønsker en fortsatt tilknytning til Sykehuset Innlandet.