

Til: Administrerende direktør Espen Remme

HØRINGSUTTALELSE: KONSEPTRAPPORTEN FOR SNR

Molde, 14.10.16

Konseptrapporten for SNR-prosjektet med tilhørende vedlegg er 24. august 2016 lagt ut til høring. Vi ønsker å berømme prosjektledelsen for grundige prosesser med bred involvering internt og eksternt. Den Norske Legeforening, Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund ved Molde sjukehus har valgt å avgi høringsuttalelse i fellesskap.

1. Overordnet om dimensjonering av SNR

SNR som konsept forutsetter tett innbyrdes samspill mellom fellessykehuset på Hjelset og planlagt DMS i Kristiansund. Det samlede befolkningsgrunnlaget for SNR er estimert til 130.000 innbyggere i 2030. Behandlingskapasiteten baseres på en framskrivning av dagens aktivitet ved sykehusene i Kristiansund og Molde, korrigert for endringene som fremgår av ideofaserapporten.

Oppdraget er et godt og helhetlig spesialisthelsetjenestetilbud til pasientene i Nordmøre og Romsdal. En viktig forutsetning for den faglige bærekraften i dette er at flere pasienter enn i dag velger behandling ved SNR, noe pasientene vil oppleve som et kvalitativt løft, og som vil gi seg utslag i en mer sømløs og driftseffektiv behandlingsskjede - med reduserte reisekostnader som gunstig bieffekt. Dagens pasientstrømmer, spesielt fra kommunene på indre Nordmøre til St. Olavs hospital HF, kan bare delvis forklares med geografisk nærhet til Orkdal/ Trondheim. Det er den faglige robustheten i et fremtidig SNR kombinert med moderne fasiliteter, som vil gi en ønsket reversering.

Ålesund sjukehus og SNR vil som i dag være komplementære sykehus - der Ålesund sjukehus er mest differensiert, men der også SNR er tillagt foretaksdekkende funksjoner.

Opptaksområdet for disse foretaksdekkende funksjonene vil da være tilsvarende hele Møre og Romsdal. SNR bør således videreutvikles basert på dagens gode arbeidsdeling og til å være mer enn bare et lokalsykehus for 130.000 innbyggere i nærområdet. Helse Møre og Romsdal er for øvrig et helseforetak i vekst med antatt økt fremtidig opptaksområde som følge av fritt sykehusvalg til stadig mer kvalitetsbevisste pasienter og ut fra geografiske hensyn.

Omleggingen til mer dagbehandling og poliklinikk er ikke avsluttet, men møter i økende grad begrensninger. Samtidig introduseres fortløpende nye behandlingstilbud som ikke nødvendigvis kommer til erstatning for, men i tillegg til, dagens tilbud. Dette har

dimensjonerende konsekvenser. Fremtidig drift med utvidet åpningstid ved poliklinikkene gir økt kapasitet – men dimensjoneringen vil uansett måtte ta utgangspunkt i behovet for antall poliklinikkrom når behovet er størst, i praksis midt på dag.

I sum tilsier disse anførselene at både sengekapasitet og poliklinikkareal kan være underdimensjonert, en prinsipiell bekymring som også understøttes av erfaringer fra andre sykehusprosjekter. Et nybygg bør derfor for det første tilby maksimalt fleksible og universelle arealløsninger slik at arealdisponeringen kan justeres helt frem til innflytting. Videre ser vi et behov for at prosjektet utvides med uinnredet reserveareal.

I oppdraget helseforetaket har fått fra eier er en spesifikt bedt om å utrede og foreslå kompenserende tiltak innenfor de prehospitale tjenestene. Kostnadene til ambulansestasjon i Kristiansund og på Hjelset er omtalt, men vi savner omtale av ambulansestasjon i Molde sentrum. Dagens situasjon er at helseforetaket leier midlertidige lokaler som ikke fullt ut er innenfor de krav en har til stasjonenes utforming og lokalisering. Pga. responstid og nærhet til Moldes befolkning bør derfor hensiktsmessige og permanente lokaler etableres.

2. Faglig innhold

«Tilbudene» som SNR skal gi til innbyggerne i Nordmøre og Romsdal, er på et overordnet plan beskrevet i idefaserapporten. Dette gjentas og delvis utdypes i konseptrapporten.

Ut fra en intensjon om mest mulig forutsigbarhet, beskriver idefaserapporten hvordan fremtidige vaktordninger for legene ved SNR skal legges opp. Spørsmålet er likevel om konsekvensen er motsatt, nemlig økt usikkerhet omkring det fremtidige innholdet i SNR og hva dette betyr for planlegging av driften i interimfasen.

Å definere et tilbud ut fra hvilke ansatte som skal innplasseres i en vaktordning, er en prinsipielt sett uheldig innfallsvinkel. Motsatt tilnærming synes mer innlysende: Legenes og andre ansattes arbeidsplaner er et verktøy for realisering av tilbudene. Med dette som utgangspunkt vil første trinn være en beskrivelse av tilbudet innen hvert enkelt fagområde. Først i neste omgang tilpasses kartet til terrenget ved at den enkelte ansattes arbeidstidsordning planlegges ut fra behovene.

Det skal som et eksempel på dette være en fødeavdeling ved SNR, og SNR skal i tillegg gi et utredningstilbud og om nødvendig tilbud om vurdering av barn i en akuttsituasjon. Derfor er det opplagt at det skal være barnelege i vakt ett sted mellom Ålesund og Trondheim.

Pasientene kan da vurderes, observeres og behandles i SNR. Skal pasienter med Øre-Nese-Hals-sykdommer kunne få et tilbud om operasjoner som i dag, nødvendiggjør dette en vaktordning som kan fange opp eventuelle komplikasjoner. Alternativet er at en stor andel av pasientene opereres ved St. Olavs hospital som da blir nærmeste sykehus for disse. Skal det være et akuttilbud og elektivt operasjonstilbud til øyepasienter som for øvrig i stor grad

er barn og eldre, er en vaktordning ett sted sentralt plassert mellom Ålesund og Trondheim en nødvendighet. Uten en slik vaktordning vil det være en reisetid på opp til fire timer for disse pasientene til nærmeste øyeavdeling ved akutt sykdom.

Avvikling av en vaktordning kan isolert sett innebære redusert arbeidsbelastning for den enkelte ansatte som da slipper å gå i vakt, men er ikke automatisk ensbetydende med vridning av arbeidstid over til dagarbeid. Velfungerende vaktordninger er dessuten en forutsetning for at leger i spesialisering skal kunne få en vesentlig del av utdanningen ved SNR.

Medisinske fag er gjensidig avhengige av hverandre, og en vaktordning skal ikke bare ivareta eksternt henviste pasienter, men også behovet for interne tilsyn fra spesialist i samarbeidende fagområde, jf. hode-hals-fagene – dvs. nevrologi, øye og ØNH.

Noen vaktordninger står helt sentrale og utgjør fundamentet i det et sykehus skal være. Det er vanligvis nettopp disse vaktordningene som oppleves som ekstra belastende og krevende for legene som inngår i vaktordningen. Et eksempel på dette er den generellkirurgiske vaktordningen som i praksis i fremtiden vil være basert på gastrokirurgene som går i vakt. Tilstrekkelig robusthet kan bare sikres ved å basere vaktordningen på et hensiktsmessig antall leger i spesialisering og spesialister i vakt. Det forutsetter da også samsvar med arbeidsoppgaver på dagtid. Nevnte bekymring gjelder ikke bare faget generell kirurgi/ gastrokirurgi, men også andre fag som gynekologi/ obstetikk, anestesi, mv.

I sum kan disse synspunktene oppsummeres som følger: Konseptrapportens fremste mål er å identifisere dimensjonerende forhold som legges til grunn for planleggingen av bygningsmassen. De ansattes arbeidsplaner er da bare ett av flere verktøy som skal tas i bruk for å kunne realisere tilbudet SNR skal gi. Videre vil det særlig med tanke på drift og faglig utvikling i interimsfasen, mens vi venter på realiseringen av SNR, være helt avgjørende at det kommuniseres tydelig hva som skal være innholdet i de fremtidige tilbudene og hvordan driften skal være frem mot innflytting. Stabilitet og utvikling frem mot innflytting baserer seg på at gode fagmiljøer inspireres til faglig nyvinning og vekst. Dette er et entydig lederansvar.

Vi bør ta høyde for fremtidige utviklingstrender der nye fagområder vil vokse frem. Eksempler kan være tilbud innen genetik og laboratoriemedisin og hvor sistnevnte for øvrig skal være et satsingsområde for SNR.

Hva angår spesifikke tilbud ved SNR, skal anføres som en nødvendighet at det planlegges areal tilpasset et mulig fremtidig tilbud om PET-CT. Per i dag er dette et behov som – på lik linje med andre særskilt kostnadsdrivende og høyspesialiserte funksjoner, fullt ut kan ivaretas ved at tilbudet lokaliseres ett sted i helseregionen. Det kan likevel tenkes at fremtidig behov vil øke, og planene bør inntil videre ta høyde for et mulig behov ved flere sykehus, bl.a. SNR.

SNR skal ikke ha ansatt patolog, men det må tilrettelegges for gode telepatologiløsninger.

SNR vil være en viktig utdanningsinstitusjon – på den ene siden i nært samarbeid med NTNU, men først og fremst i nært samspill med Høgskolen i Molde. I et fremtidig perspektiv vil SNR selv måtte yte et avgjørende bidrag til rekruttering av personell innenfor alle yrkesgrupper. Det bør satses på tverrfaglige team som involverer flere profesjoner. Eksempler på dette er sykepleiere, spesialsykepleiere, fysioterapeuter, jordmødre, helsefagarbeidere, vernepleiere, barnepleiere osv. Dialogen med Høgskolen i Molde, Høgskolen i Ålesund og andre utdanningsinstitusjoner bør intensiveres for å dekke SNR sitt fremtidige behov for ansatte med riktig kompetanse. Utvikling og heving av kompetanse for alle yrkesgruppene tilhørende spesialisthelsetjenesten er et viktig satsingsområde. SNR sin oppgave som utdannings- institusjon har opplagt dimensjonerende betydning som er ett element som avklares nettopp gjennom tett dialog med utdanningsinstitusjonene.

3. DMS i Kristiansund

Uansett valg av fremtidig driftskonsept bør arealet planlegges med størst mulig grad av fleksibilitet, bl.a. med tanke på at et fremtidig helseinnovasjonssenter kan være i behov for utvidet tilgang på areal. På tilsvarende måte vil det være gjenstand for en helhetlig vurdering om tilbud som i dag ligger spredt i andre bygninger, som BUP, kan samles under samme tak. Mulighetsrommet er til stede uavhengig av valgt driftskonsept med tanke på dagkirurgi.

En løsning som innebærer et dagkirurgisk tilbud i Kristiansund, er sterkt ønsket fra vertskommunens side. Konseptrapporten gir ikke alle nødvendige svar med tanke på de driftsmessige konsekvensene og investeringsbehov innen bygg og MTU avhengig av valgt modell. KSK-rapporten vil sannsynligvis bidra til å belyse spørsmålsstillingen nærmere. Dette har konsekvenser også for vedlikeholdsbehov i interimperioden – og på sikt med tanke på eventuell frigjøring av areal som kan avhendes eller alternativt skal beholdes og aktivt videreutvikles.

Vi legger til grunn at styresaken vil belyse inngående styrker, svakheter, muligheter og trusler som knytter seg til de forskjellige modellene slik at en mest mulig opplyst beslutning i saken vil sikre nødvendig aksept for valgt konsept. For øvrig kan omfanget av poliklinisk virksomhet utenom dagkirurgi tilpasses langs et spekter av muligheter.

Dersom man velger som fremtidig driftskonsept en løsning med dagkirurgi i Kristiansund, vil valget måtte baseres på en klar forutsetning og et ønske om et felles løft som dagens fire sykehus vil måtte ta i fellesskap. Løsningen vil kunne medføre økt investeringsbehov og være driftsmessig fordyrende, men valget av en slik løsning vil måtte bygge på at SNR samlet sett tilføres nye oppgaver og med tilhørende ressurser, ikke minst innen fagfeltene ortopedi og gynekologi. Behovet for et felles løft og nødvendig styrking vil da måtte kommuniseres tydelig.

Oppsummering:

SNR skal være faglig og økonomisk bærekraftig i et livsløpsperspektiv, og må derfor planlegges med bygningsmessig fleksibilitet og nødvendig reserveareal. Et viktig mål er tilstrekkelig fremtidig tilpasningsdyktighet.

Fagenes innbyrdes gjensidige avhengighet skal ikke undervurderes. Det er god økonomi i faglig sett god drift. Høy faglig standard oppnås best ved å satse på faglige spydspisser.

Drift i interimperioden er avhengig av aktiv faglig satsing – det er et ledelsesansvar å stimulere til faglig utvikling, vekst og nyvinning innenfor behandlingstilbud. Dette må kommuniseres gjennom en tydelig oppbyggingsplan.

Tillitsvalgte for legene i Kristiansund og Molde utarbeidet høsten 2014 en felles høringsuttalelse som beskriver det fremtidige tilbudet ved SNR. Forfatterne unnlot da å fokusere på naturlig uenighet vedrørende lokalisering, men fremhevet derimot enigheten om nettopp faglig innhold. Det er likeledes naturlig å vise til høringsuttalelsen fra Norsk Sykepleierforbund i 2014 hvor utfordringene innenfor rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere som et kritisk område er belyst. Disse høringsuttalelsene står seg meget godt også i dag og kan derfor leses som et supplement til foreliggende høringsuttalelse. Begge er tilgjengelige som hørings svar til idefaserapporten.

Med vennlig hilsen

Fagforbundet, Den norske Legeforening og Norsk Sykepleierforbund ved Molde Sjukehus.