

## **Høringsuttalelse fra Den norske legeforening, Helse Stavanger HF**

Hovedgrunnlaget for vår uttalelse er Konseptrapport fra Helse Stavanger HF i anledning Prosjekt sykehusutbygging.

I utgangspunktet har prosjektet utredet fire alternative scenarier for å løse regionens akutte behov for oppgradering og utvidelse av Stavanger universitetssjukehus (SUS) for å kunne tilby helsetjenester av det omfang og kvalitet befolkningen har krav på:

- Null-alternativet (ombygging på eksisterende tomt på Våland)
- Trinnvis utbygging til nytt sykehus på henholdsvis Ullandhaug (Stavanger) eller Stokka (Sandnes)
- Trinnvis utbygging til nytt sykehus på dagens tomt på Våland
- Helt nytt sykehus i ett byggetrinn

Vi ønsker innledningsvis å påpeke at den åpenbart beste, og for legeforeningens del ønskede, løsningen ville vært et helt nytt sykehus på ny tomt, i ett trinn. Forprosjektet har vist at foretaket ikke har den økonomiske bærekraft som kreves for en slik massiv utbygging. Dette er beklagelig men vi forholder oss til realitetene og vil knytte våre videre kommentarer til de øvrige alternativene.

Null-alternativet, også omtalt som utsettelsesalternativet, vil vi ikke kommentere noe videre ettersom det ikke vil kunne tilfredsstillere helseforetakets kapasitetsbehov for fremtiden.

Da gjenstår tre alternativer; trinnvis utbygging på henholdsvis Våland, Ullandhaug eller Stokka.

Trinnvis utbygging på ny tomt på Stokka fremstår for oss som det minst aktuelle av de tre, hovedsakelig grunnet politiske føringer og reguleringshensyn. Vi vil derfor ikke knytte noen konkrete kommentarer til dette alternativet. Vi mener man uansett kan dele de tre alternativene inn i to modeller som hver for seg vil bli gjenstand for innspill fra vår side. I prinsipp handler denne prosessen om et valg mellom trinnvis utbygging til nytt sykehus på egen tomt (Våland), eller trinnvis utbygging til nytt sykehus på ny tomt (Stokka eller Ullandhaug).

Foretaket makter som nevnt ikke å bygge ut nytt sykehus i ett trinn. Dette betyr i klartekst at ved valg av ny tomt utenfor Våland må foretaket drifte på to lokalisasjoner i perioden fra første byggetrinn står ferdig til andre trinn står ferdig. Det fremstår for oss usikkert hvor lang driftsperiode man beregner for en slik to-senterløsning. Slik vi forstår det skal en da samle all døgnbasert drift til nybygget på ny tomt, og lokalisere det meste av dagbasert behandling (poliklinikk, dagkirurgi, visse diagnostiske tjenester etc.) til gjenværende lokaler på Våland. Det er ikke redegjort for i detalj hvilke fagområder og behandlingstilbud man ser for seg å holde igjen på Våland. I begge tilfeller med en to-senterløsning vil pasienthotellet samt all psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, inkludert barne- og ungdomspsykiatrien, bli værende igjen på Våland til andre byggetrinn er fullført.

## **Trinnvis utbygging på Våland**

Trinnvis utbygging til nytt sykehus på egen tomt på Våland vil i første byggetrinn gi mindre nytt areal for pengene sammenlignet med nybygg på ny tomt. Dette grunnet kostnader knyttet til riving og klargjøring av eksisterende tomt som ikke påløper ved bruk av jomfruelig mark. Videre vil der være potensielt betydelige ulemper knyttet til det å opprettholde drift i eksisterende bygg mens man samtidig er lokalisert svært tett på et omfattende byggeprosjekt. Der er eksempler på at dette har vært svært krevende for driften, både for ansatte og pasienter, men der er også eksempler på at dette tilsynelatende har gått bedre enn fryktet. Nøyaktig hvordan en slik driftsløsning vil slå ut ved SUS er det ingen som med sikkerhet kan uttale seg om på forhånd. Der er dog til dels stor bekymring for hvordan hverdagen vil bli i en slik byggesituasjon, både med tanke på forsvarlig sykehusdrift, arbeidsforhold og varigheten av en slik byggeperiode. Ved valg av en slik løsning er det essensielt at en utfører et grundig forarbeid for å optimalisere sykehusdriften og minimere risiko og ulemper. Det hefter også en viss risiko ved kostnadsanslaget da fordyrende faktorer underveis ikke sikkert kan utelukkes. Første byggetrinn i dette alternativet vil være ferdigstilt senere enn første trinn på ny tomt, og der er en risiko for ytterligere forsinkelse grunnet tomtens beskaffenhet og derved kompliserende forhold som kan oppstå i byggeprosessen. Dette må tas med i vurderingen da tid absolutt er en faktor i denne saken.

De fordeler som fremheves ved utbygging på Våland er kompakt sykehusdrift på ett sted hvor man slipper de driftsulemper og dubleringsbehov som oppstår om man i praksis skal drifte et sykehus på to geografisk adskilte lokalisasjoner. Forventede effektiviserings- og rasjonaliseringsgevinster vil trolig være lettere å ta ut med et kompakt sykehus. Verdien av nærhet med hensyn til forhold som utdanning av helsepersonell, veiledning/supervisjon, konsultering, fleksibilitet, fagutveksling og kollegial samhandling innad og på tvers av fagmiljøer fremheves av flere medlemmer som et viktig element som bedre ivaretas i denne løsningen. Videre vil man ha nærhet til psykiatrien, hvilket forenkler samhandlingen pasientene i somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste er tjent med.

Hva gjelder infrastruktur/trafikkale utfordringer vil Våland etter manges mening være den løsning som trolig medfører høyest andel kollektivreisende og myke trafikanter til/fra arbeidsplass/behandlingssted og hvor infrastruktur for å redusere bilbruk ligger best til rette, både nå og i langsiktige regionale planer.

På lang sikt vil de nåværende tilgjengelige arealer være utilstrekkelige dersom sykehuset får behov for utvidelser. Dette er en utfordring som i så fall må søkes løst i dialog med eiere av tilgjengelige arealer i lokalområdet. Det ligger riktignok utenfor konseptrapporten, men flere medlemmer påpeker mulighetene som ligger i tilgjengelige tomtearealer på østsiden av dobbeltsporet ved Paradis stasjon. Disse kan tenkes anvendt som et mulig ekspansjonsområde for utvalgte sykehusfunksjoner, eventuelt suppleringsarealer for støttefunksjoner, samarbeidspartnere mm.

## **Trinnvis utbygging på ny tomt**

Ved trinnvis utbygging til nytt sykehus på ny tomt vil man kunne bygge mer nytt areal i første trinn og derved forhåpentligvis flytte all somatisk døgnbasert drift til nybygg. Det er en fordel om man får større bygningsmasse i et første byggetrinn på ny tomt og, i alle fall i første byggetrinn, slipper ulempene ved sykehusdrift i nærheten av et anleggsområde. All dagbasert drift, samt psykiatrien, blir værende igjen på Våland til andre byggetrinn er fullført. Der

foreligger usikkerhet om tidsrommet en må påregne å drifte disse to sentra simultant. I denne perioden skal store grupper ansatte forholde seg til to arbeidssteder, pasienter skal bringes frem og tilbake mellom disse, og et flertall sykehusavdelinger tilpasse seg og legge til rette for hensiktsmessig og forsvarlig drift to forskjellige steder. Vi kan ikke se at dette er problematisert i tilfredsstillende grad. Dette anser vi som en mangel ved rapporten og en risikofaktor ved dette alternativet. Ettersom man i høringsbrevet spesielt ønsker tilbakemelding på vurderingskriteriene, tillater vi oss å påpeke at utfordringene ved delt drift må adresseres og ansattes bekymringer omkring dette spørsmålet tas på alvor.

I utgangspunktet kan en deling mellom dag- og døgnbasert drift fremstå tilforlataelig, uproblematisk og endog hensiktsmessig. I konseptrapporten omtales dette også stedvis som en deling mellom akutt og elektiv drift, men det er etter vårt syn en overforenkling av den faktiske situasjonen. Fra de ansattes perspektiv er virkeligheten betydelig mer sammensatt og komplisert. Videre vil den psykiatriske spesialisthelsetjenesten i sin helhet bli værende igjen på Våland, lokalisert sammen med den somatiske dagbehandlingen. Dette tross allerede eksisterende, og forventet betydelig økende, påkrevd samhandling mellom den somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Ansatte i psykiatrisk divisjon uttrykker klar bekymring for usikkerheten om hvordan dette tenkes håndtert.

Man må med andre ord i dette alternativet ta høyde for et samkvem mellom dagdrift og døgnbasert behandling. De økonomiske konsekvenser ved delt drift (personalbehov, utstørsbehov, dublering av funksjoner, transport etc.) fryktes undervurdert, og ulempene for ansatte, pasienter og pårørende i utilstrekkelig grad redegjort for. Den menneskelige og økonomiske kostnaden ved delt drift over et visst tidsrom må tas hensyn til.

Man slipper ulempene forbundet med riving av eksisterende bygningsmasse, men ved oppstart av andre byggetrinn vil man også i dette alternativet måtte ta høyde for de ulemper og utfordringer byggearbeider medfører for sykehusdriften.

Hva gjelder infrastruktur/trafikkale forhold frykter flere medlemmer at et sykehus på Ullandhaug, og ikke minst Stokka, vil fremstå mindre tilgjengelig for kollektivreisende og myke trafikanter enn Vålandsalternativet. Det vises til at der er betydelig færre boligområder i relativ nærhet til aktuelle lokalisasjon på ny tomt. Kollektivforbindelsene slik de er per i dag er ikke rigget for å tilfredsstillende de behov og krav ansatte og pasienter vil ha.

Etablering av nytt sykehus på Ullandhaug forventes ha en positiv effekt på utviklingen av universitetssjukehusets akademiske profil i form av bedre samarbeidsmuligheter med Universitet i Stavanger og andre aktuelle aktører i forsknings- og utdanningssammenheng. Ansatte som i dag er engasjert i forskning og akademisk arbeid fremhever dette som en klar fordel for Ullandhaugsalternativet.

På lang sikt fremstår ikke utvidelsesbehov og tomtetilgjengelighet som risikoelementer i dette alternativet. Der skal ifølge rapporten være tilgang på tilstrekkelige arealer for eventuelle fremtidige utvidelser om behovet skulle oppstå. For ordens skyld anmerkes at Stokka-alternativet er spesielt problematisk av jordvern hensyn, og at eventuelle utvidelser og ledsagende press på omkringliggende matjord gjør at det hefter en særs høy grad av usikkerhet og risiko ved dette alternativet.

## Premisser lagt til grunn i arealberegning (felles for alle alternativer)

I prosjektets tidlige fase var arealbehovet for et nytt sykehus beregnet til 270 000 m<sup>2</sup>. Ved fortløpende revurderinger og justeringer av anslått arealbehov er dette redusert til totalt 201 000 m<sup>2</sup>. I beregning av kapasitet og arealbehov er det lagt inn omstillings- og effektiviseringsfaktorer som blant annet inkluderer:

- omstilling fra døgn- til dagbehandling
- betydelig reduksjon i liggedøgn
- effekter av samhandlingsreformen
- effektiv romutnyttelse (230 dager/år, tilsvarer full drift 5 dager/uke i 46 av 52 uker)
- 10 timers åpningstid på dagbehandling/poliklinikk, bildediagnostikk og operasjon
- 10 % bemanningseffektivisering.

Det ligger altså en hel rekke premisser til grunn som må oppfylles for at det nye sykehusets beregnede kapasitet og tilgjengelige areal skal være tilstrekkelig. Premisser som allerede i dag vektlegges og forventes oppfylt i betydelig grad. Vi betrakter dette som en åpenbar risiko ved prosjektert arealbehov og kapasitet. Hva om man, av ulike ikke-påvirkelige grunner, *ikke* lykkes drifte de nevnte enheter effektivt ti timer i døgnet? Hva om man *ikke* kan redusere liggetid i vesentlig grad? Hva om man overestimerer effekten av fremtidig samhandling med primærhelsetjenesten? Hva om man *ikke* klarer effektivisere slik at personalbehovet kan reduseres med 10 % sammenlignet med dagens situasjon? Sistnevnte mål frykter vi kan bli nærmest utopisk ved samtidig drift på to adskilte lokalisasjoner.

Foretaket kan naturligvis ikke opptre samfunnsøkonomisk uansvarlig eller bygge et større sykehus enn regionen har behov for, men vi har til gode å finne eksempler på sykehusnybygg som ble for store eller hadde overkapasitet ved ferdigstillelse. Vi maner til edruelighet i anslag av fremtidige effektiviseringsgevinster som legges til grunn ved disse beregningene.

## Ringvirkninger

I en så stor utbyggingssak som det her er snakk om vil naturligvis andre interesser og aspekter enn det utelukkende sykehusfaglige gjøre seg gjeldende, og i varierende grad måtte tas hensyn til. Andre aktører, interessenter og høringsinstanser har i ulike kanaler uttalt seg om prosjektets øvrige aspekter som redegjøres for i konseptrapporten. Spesielt nevnt i konseptrapporten er næringsutvikling og verdien av en eventuell samlokalisering med Universitetet i Stavanger (UiS), men i den offentlige debatt har også byutvikling vært hyppig forekommende. Der er ulike oppfatninger om vektleggingen av slike elementer da det kan innvendes at forventede fremtidige effekter kan være utfordrende å estimere og vekte opp mot andre faktorer, men ansatte som i dag har akademiske tangeringspunkter mot UiS og øvrige kunnskapsinstitusjoner i området mener lokalisering på Ullandhaug klart vil styrke vilkårene for forskning og utdanning og at dette skal tas med i betraktningen.

## Konklusjon

Saken er diskutert i formelle og uformelle arenaer. Vi har også fått tilbakemeldinger og synspunkter på epost. Saken er i varierende grad diskutert i avdelingsvise morgenmøter og stabsmøter. Arbeidsgiver har arrangert informasjonsmøter og lagt ut fortløpende informasjon på intranett.

I arbeidsprosessen opp mot en samlende høringsuttalelse har vi vært i dialog med de avdelingstillitsvalgte. Vi har også avholdt et allmøte hvor prosjektdirektør Kari Gro Johanson innledet med oppdatert informasjon om de aktuelle alternativer, etterfulgt av en engasjert meningsutveksling som dekket flere av de nevnte aspekter som må vurderes før en endelig beslutning fattes.

Basert på utfallet av alt det ovennevnte må de tillitsvalgte erkjenne at legeforeningens medlemmer på nåværende tidspunkt dessverre ikke er i stand til å samle seg om en felles, klar anbefaling. Dette gjenspeiler etter vår mening sakens kompleksitet.

For vårt vedkommende står beslutningen om trinnvis utbygging på Våland eller Ullandhaug. Stokka-alternativet synes mindre aktuelt.

Våre medlemmer som argumenterer for Vålandsalternativet vektlegger hovedsakelig verdien av en kontinuerlig, kompakt, udelt sykehushøstning med samling av flest mulig funksjoner, men tar samtidig inn over seg de ulemper sykehusdrift tett opp mot en byggeplass innebærer. Dette alternativet utgjør etter fleres mening en mindre risiko enn en midlertidig todeling av sykehusdriften både for de ansattes arbeidsforhold og for evnen til å ivareta forsvarlig drift i byggeperioden.

Våre medlemmer som argumenterer for Ullandhaugsalternativet vektlegger verdien av et større nybygg i første trinn som forhåpentligvis kan romme all døgndrift, og ikke minst de fremtidige potensialer Ullandhaug kan representere med hensyn til behov for fremtidige utvidelser, synergieffekter med nærliggende institusjoner og de uttalte ambisjoner foretaket har i utdannings- og forskningshenseende.

Der synes å foreligge enighet om å vektlegge en hurtig avklaring og en løsning som totalt sett medfører kortest mulig tidsrom for ferdigstilling av et komplett nytt sykehus.

Som nevnt innledningsvis er våre betraktninger i all hovedsak basert på konseptrapporten og dens faktaunderlag. Eventuelle endringer i finansieringsmodell, økonomisk bærekraft, lånevilkår, byggetid, varighet av delt drift ved valg av trinnvis utbygging på ny tomt og andre relevante faktorer vil naturligvis kunne endre våre vurderinger.

På vegne av legeforeningen ved Helse Stavanger HF

Alexander Seldal, hovedtillitsvalgt for Overlegeforeningen Helse Stavanger HF

Torhild Veen, hovedtillitsvalgt for Yngre legers forening Helse Stavanger HF