

Hørings svar Helgelandssykehuset 2025

Legeforeningene ved Sandnessjøen og
Mosjøen sykehus



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Innholdsfortegnelse

Ett sykehus for framtida	3
Pasienten i sentrum.....	5
<i>Ett sykehus for pasientens skyld</i>	<i>5</i>
Fagmiljø og rekruttering	6
<i>Sandnessjøen</i>	<i>6</i>
Somatisk aktivitet	7
Ambulering	8
Innleie vikarbyrå	8
<i>Mosjøen</i>	<i>9</i>
Somatisk aktivitet	10
Innleie og sykefravær.....	10
Pendlingsvilje	10
<i>Et samlet fagmiljø sør for Korgfjellet.....</i>	<i>10</i>
<i>Konklusjon fagmiljø og rekruttering</i>	<i>10</i>
Fødetilbud	12
<i>Risiko</i>	<i>12</i>
<i>Følgetjeneste</i>	<i>12</i>
<i>Fordeler med større fødeavdeling</i>	<i>12</i>
<i>Fødestue</i>	<i>13</i>
Psykatri	14
<i>Avstand.....</i>	<i>14</i>
<i>Faglig styrke</i>	<i>14</i>
Transport.....	15
<i>Den gylne time.....</i>	<i>15</i>
<i>Akuttransport</i>	<i>15</i>
<i>Elektive pasienter</i>	<i>17</i>
<i>Pasientlekkasje</i>	<i>18</i>
Distriktsmedisinske sentre (DMS)	20
Konklusjon	21

Ett sykehus for framtida

Legeforeningen ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen og Mosjøen takker for muligheten til å komme med innspill til foreløpig rapport fra ekstern ressursgruppe.

Legeforeningen ønsker ett felles sykehus på Helgeland. Vårt fokus er at pasientene på Helgeland skal ha et så godt helsetilbud som mulig, til tross for - og på grunn av, et bosettingsmønster og geografi som er unik i Norge.

Dagens sykehusmodell på Helgeland har utviklet seg over nesten 200 år. Infrastrukturen og kommunikasjonene har selvsagt endret seg på disse årene. Ønsket om samling av fagmiljøene på Helgeland har vokst fram fra fagmiljøet selv. Et helsefaglig og politisk ønske om likeverdige helsetjenester nært der folk bor betyr ikke bare nærhet til et sykehusbygg, men bør på framtidas Helgeland bety nærhet til en spesialisthelsetjeneste som tilbyr bredde og faglig spisskompetanse i utredning og behandling. Legeforeningen mener den medisinske og teknologiske utviklinga ikke tillater mer enn ett sykehus i regionen. Skal pasientene på Helgeland også i framtida skal få fullverdig helsehjelp, må kreftene samles. Legeforeningen ønsker ett sykehus med følgende begrunnelse:

- Samling av fagmiljøene vil kunne gi flere og bredere behandlingsmuligheter for pasientene. Et eksempel på dette er fødetilbud, der en samling av tilbudet vil kunne gi flere av de fødende som i dag må føde i Bodø et reelt tilbud på Helgeland. Et annet eksempel er slagbehandling, der pasientene i dag ikke har tilgang på nevrologisk spesialistkompetanse i vakt. En samling av sykehusene vil kunne gi grobunn for nevrologiske sengeplasser og evt. nevrolog i vakt. Slik vil færre pasienter ha behov for transport til annet sykehus og de pasientene som legges inn på Helgelandssykehuset få et bedre tilbud.
- En samling av fagmiljøene vil først og fremst gi mer solid kirurgisk beredskap på Helgeland. Over mange år har det skjedd en sentralisering av kirurgiske inngrep, samtidig som den medisinske utviklinga har gått i retning av at færre og færre tilstander har behov for kirurgisk intervensjon. Det er ingen politiske eller faglige signaler som tilsier at denne utviklinga kommer til å snu. Vi mener derfor at en samling av de kirurgiske fagmiljøene er helt avgjørende for at Helgeland i framtida skal kunne ha beredskap for alvorlig skadde og alvorlig syke pasienter med behov for avansert kirurgi.
- En samling av fagmiljøene vil gi mulighet til å i framtida gi pasientene på Helgeland en type behandling som sannsynligvis vil bli gullstandarden i framtida. Et svært aktuelt eksempel på dette er intervensjonsradiologi. Det er sannsynlig at det i framtida vil bli krav om intervensjonsradiolog i vakt for å kunne gi pasientene best mulig behandling. Det er ikke sannsynlig at man vil ha mulighet til å bygge opp to slike miljøer med tilstrekkelig kompetanse i en region med såpass få pasienter som Helgeland.
- Ett sykehus med samlet fagmiljø vil gi et pasientgrunnlag som gjør det mulig å i mye større grad enn i dag ferdigutdanne egne legespesialister, sykepleiere og spesialsykepleiere. Å slippe å flytte bort for å fullføre spesialisering er et svært viktig

grep for å bevare kontinuitet og rekruttering. Kontinuitet er viktig for kvaliteten på pasientbehandlingen.

- Ett sykehus vil gi større likhet i behandlingen helgelendingene mottar. I dag gir funksjonsfordelingen mellom sykehusene ulikt og til dels uforutsigbart fagtilbud. Med ett sykehus vil alle spesialiteter finnes på samme plass og behandling og kontroll kan samordnes. Det gir også en bedre mulighet for tverrfaglig behandling, som vi i dag ser i større og større grad blir regelen heller enn unntaket i resten av landet. Et eksempel på dette er ortogeriatri.
- En samling av fagmiljøene vil gi bedre ressursutnyttelse av helsepersonellet på Helgeland. I dag har vi tre medisinske og to kirurgiske akuttmottak på Helgeland. Dette fordrer at store ressurser går til beredskap. Å bruke helsepersonell til beredskap er viktig, men antallet fagpersoner som kun brukes i beredskap og ikke i pasientbehandling bør minimeres slik at ikke spesialisthelsetjenesten taper feks. primærhelsetjenesten for leger og sykepleiere.

Men et felles Helgelandssykehus kan ikke plasseres i Rana. Vi mener pasientene vil tape på en slik plassering, og vi mener grunnlaget for beslutningen er svakt og til dels feil.

Legeforeningens høringsvar vil fokusere på hvorfor vi mener dette.

Pasienten i sentrum

Det sogner omlag 76 000 mennesker til Helgelandssykehuset i dag. For å bruke administrerende direktørs egne ord: «Selv med en sammenslåing av de tre sykehusene vil vi bli et av de aller minste helseforetakene i landet». Til tross for at vi er små i antall pasienter er ikke avstandene noe å kimse av. Når legeforeninga likevel går inn for et felles Helgelandssykehus er det fordi vi mener fordelene er større enn ulempene. Men dette fordrer en plassering til beste for de fleste.

Ved å plassere et sykehus i Rana vil befolkningen i Vega, Brønnøy og Sømna kommuner få blant landets lengste avstand til sykehus¹. For de 12 000 potensielle pasientene vil det da være betimelig å spørre om fordelene er større enn ulempen en reisevei på fire timer vil pålegge dem. Et felles sykehus på Helgeland medfører at sykehusstrukturen i regionen er lagt for mange, mange år framover. Å plassere sykehuset der flest pasienter på best mulig måte kan utnytte tilbudet er derfor helt sentralt. Skal Helgelandssykehuset i framtida kunne gi lik tilgang på nye og tidskritiske behandlingsmodaliteter i fremtiden, for eksempel intervensjonsradiologi, må sykehuset plasseres slik at pasientene kan nå det innenfor tidskritiske behandlingsvinduer. Ved sykehusplassering helt nord i regionen, særlig med dårlig helikopterregularitet, frarøves befolkningen i sørlige deler av regionen fremtidige behandlingsmuligheter. Samtidig vil en plassering langt nord i regionen plassere sykehuset tre timer fra regionsykehuset i Bodø.

Legeforeningen mener et felles sykehus må plasseres sentralt på Helgeland for å minimere ulempene lengre reisevei gir for de fleste.

Ett sykehus for pasientens skyld

Legeforeningen har vært klar på at modellen med lite akuttisykehus, uten kirurgisk og anesthesiologisk vaktberedskap ikke er aktuell. Helgelandssykehuset har lang erfaring med en slik modell i årene etter at Mosjøen mistet sin akuttkirurgiske beredskap. Legeforeningen ser at dette gir manglende samarbeid om komplekse pasienter, og større rom for forsinket pasientbehandling fordi samarbeid på tvers av fagområdene er vanskelig.

Pasienter på Helgeland bør, som pasienter ellers i landet, få så god utredning og behandling som mulig. Da kan vi sitere fra vedtaket Landsmøtet i Legeforeningen gjorde i 2015:

- *Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akuttpasienter i sykehus.*
- *Akutfunksjon forutsetter døgnkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.*

Med andre ord; det er bred faglig enighet om at sykehus uten akuttkirurgisk beredskap ikke er et sykehus for framtida. Derfor forutsetter legeforeningen at ressursgruppa i sin endelige plan holder fast på at lite akuttisykehus uten akuttkirurgisk beredskap ikke skal være en del av framtidens Helgelandssykehus, for pasientens skyld. Helgelandssykehuset har flere års erfaring med akuttisykehus uten beredskap i kirurgi. Når vi såpass klart uttaler motstand mot en slik sykehusmodell, så forutsetter vi at det lyttes til.

¹ <https://reisetid.helsedirektoratet.no/felles#akuttutvalget>

Fagmiljø og rekruttering

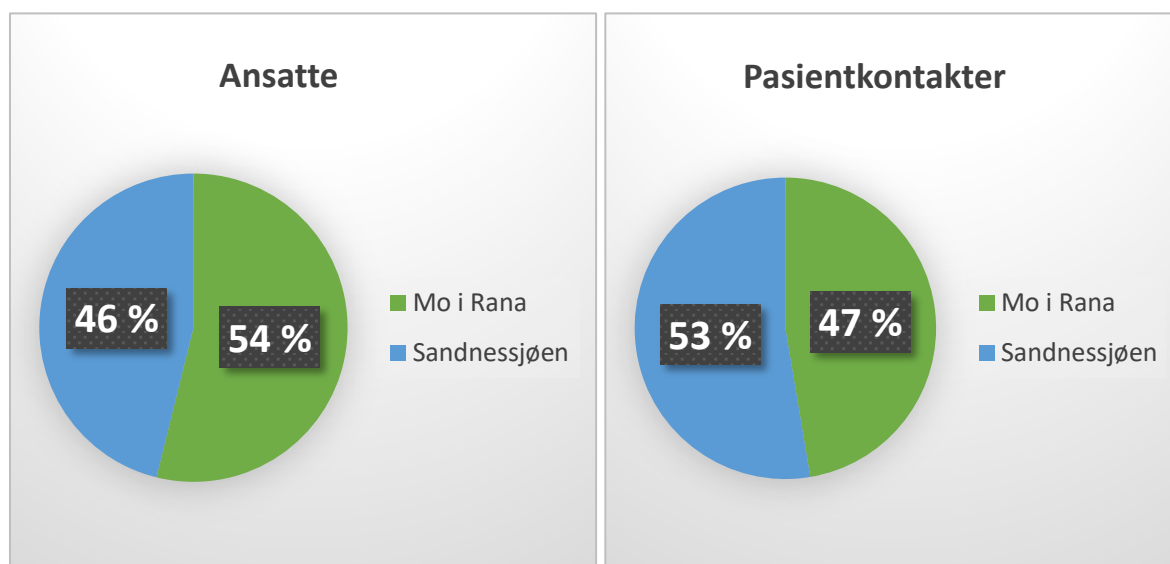
I rapporten fra ekstern ressursgruppe legges det avgjørende vekt på fordelene ved å etablere det nye akuttstusykehuset nær det største fagmiljøet. I rapporten legges det til grunn, nærmest som en etablert sannhet, at Mo i Rana har det største fagmiljøet.

Dessverre er det i rapporten ikke redegjort for hvordan ressursgruppa definerer «størrelse på fagmiljø». Det er i rapporten heller ikke gjort en konkret vurdering av fagmiljøene ved noen av sykehusenhetene i Helgelandssykehuset. I underlagsmaterialet for rapporten finner vi bla. oversikt over antall årsverk ved de forskjellige sykehusene, og det framstår i kildehenvisningen som at det er disse dataene ressursgruppa vektlegger når de definerer Mo i Rana som det største fagmiljøet.

Legeforeningen mener størrelsen på fagmiljø ikke kan defineres ut fra antall ansatte alene. Sykehuset i Rana har blant annet hatt større sykefravær og større bruk av innleie fra vikarbyrå enn de to andre sykehusene på Helgeland. En ansatt som er sykemeldt vil fortsatt regnes som ansatt, men det vil også den sykemeldtes vikar. På denne måten kan ikke antallet ansatte en gitt dag alene si noe om størrelsen på et fagmiljø. Derimot vil antallet fast ansatte spesialister, bredden av spesialister og stabiliteten av spesialister si noe om både størrelse og robusthet ved et fagmiljø. Dette gjelder innen alle fagområder, men vi kommer her til å fokusere på legene.

Sandnessjøen

Sandnessjøen har et svært solid fagmiljø. Sammenlignet med Mo i Rana har sykehuset flere fast ansatte spesialister, lavere sykefravær og betydelig mindre innleie fra vikarbyrå. I tillegg har sykehuset høyere aktivitetstall og leverer ambulante tjenester i langt større grad enn Mo i Rana.



Figur 1: [Helgelandssykehuset.no/2025/ekstern-ressursgruppe/supplerende-dokumentasjon](https://helgelandssykehuset.no/2025/ekstern-ressursgruppe/supplerende-dokumentasjon)

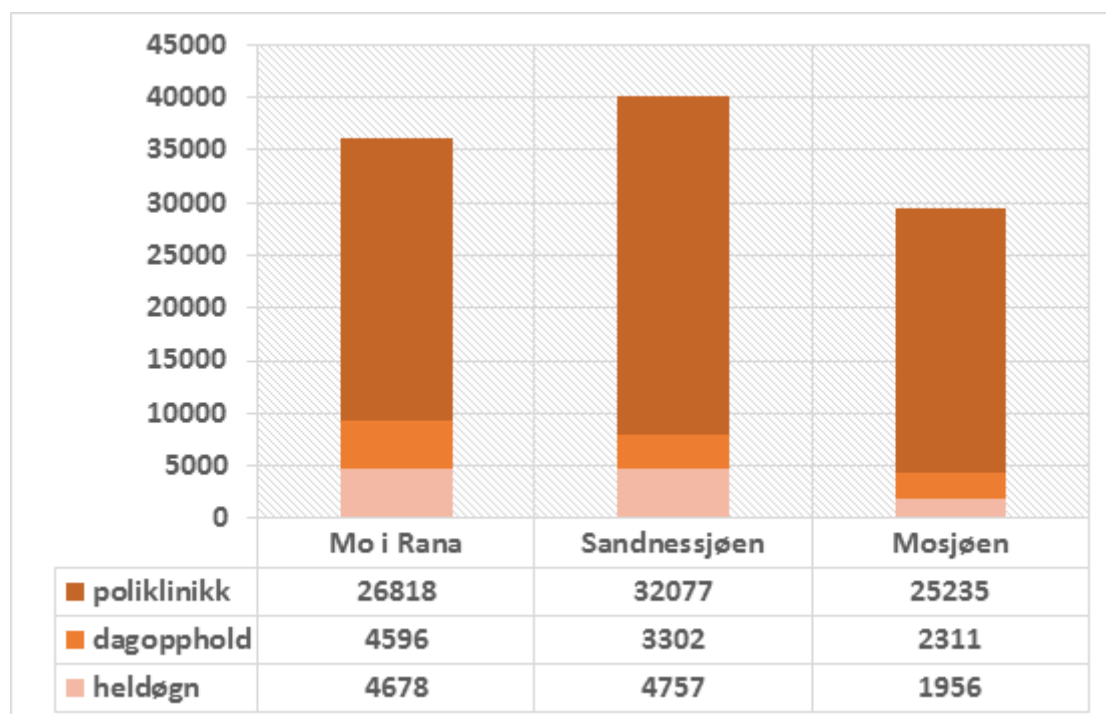
Figur 2: [Helgelandssykehuset.no/Aktivitetsdata HSYK 2018](https://helgelandssykehuset.no/Aktivitetsdata-HSYK-2018)

Som figur 1 og 2 viser har sykehuset i Sandnessjøen høyere antall pasientkontakter enn sykehuset i Rana, tross flere ansatte registrert i Rana.

Somatisk aktivitet

Aktivitetsdata viser at sykehuset i Sandnessjøen behandler over 4000 flere pasienter pr år enn sykehuset i Rana.

En del av den polikliniske aktiviteten utgjøres selvfølgelig av ØNH og pediatri som er funksjonsfordelt til Sandnessjøen, men tilsvarende har Mo i Rana poliklinisk aktivitet knyttet til ortopedi og revmatologi som er funksjonsfordelt til Mo i Rana. Men som figur 3 viser er aktiviteten i Sandnessjøen større både innen poliklinikk og heldøgn, til tross for funksjonsfordelt ortopedi som gir flere heldøgns pasienter enn ØNH-gjør. Ser man aktiviteten sør for Korgfjellet samlet er aktiviteten betydelig større enn i Rana.



Figur 3: Helgelandssykehuset.no/aktivitetsdata HSYK 2018

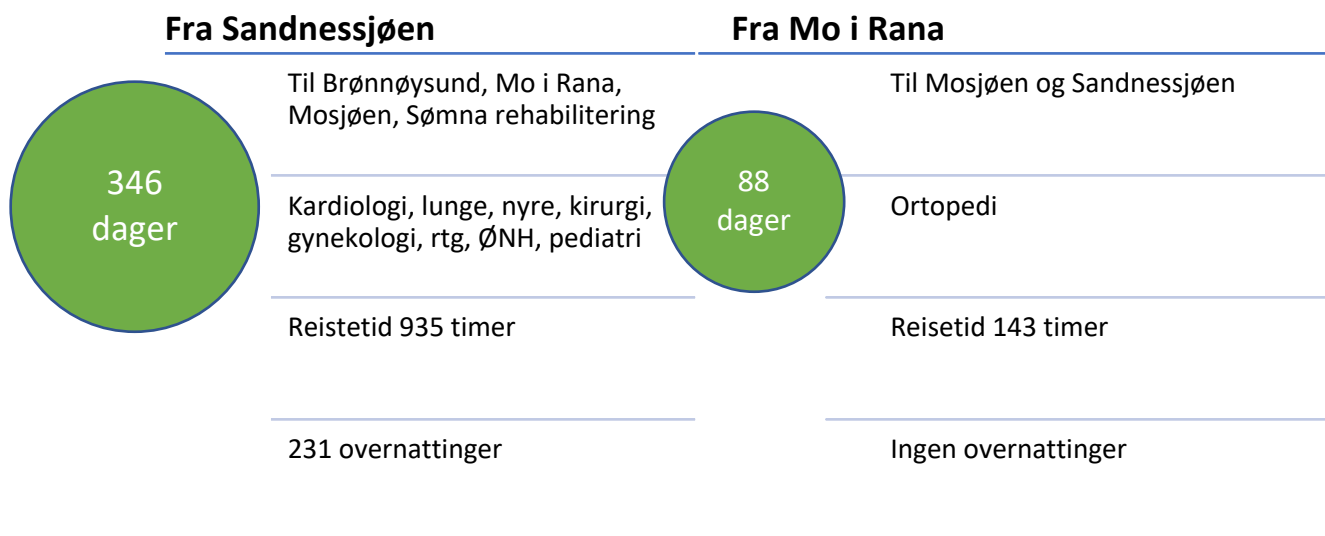
Ved å ta ut aktivitetsrapporter fra Dips kan man lett se om det er noen forskjell i aktivitet på de fagområdene som ikke er funksjonsfordelt. Tabellen under viser et utvalg vanlige prosedyrer som utføres på begge enheter. Her er det tydelig at sykehuset i Sandnessjøen ligger langt høyere enn sykehuset i Rana.

Prosedyrer	Sandnessjøen	Mo i Rana
EKKO-cor	1829	969
AEKG	601	338
TEE	54	3
Bronkoskopi	51	28

Figur 4: Dips, tall fra 2018

Ambulering

En viktig del av Helgelandssykehuset 2025 er oppbyggingen av distriktsmedisinske sentre (DMS), og særlig viktig er DMS i Brønnøysund. Det er faglig stor enighet om at DMS i hovedsak vil komme til å måtte driftes med ambulerende personell fra hovedsykehuset. Sandnessjøen sykehus og de ansatte der har over mange år drevet ambulerende poliklinikkarbeid. Som figur 5 viser har sykehuset i Sandnessjøen vist både evne og vilje til å drive utstrakt ambuleringsevne.



Figur 5: Helgelandssykehuset. Offisielle tall fra 2018

Ambulering er frivillig, og arbeidsgiver kan som hovedregel ikke pålegge ansatte ambuleringstjeneste. I Sandnessjøen er det innarbeidet en kultur for å strekke seg langt, og legene bruker mye tid på ambulering til tross for stor arbeidsmengde også internt på sykehuset.

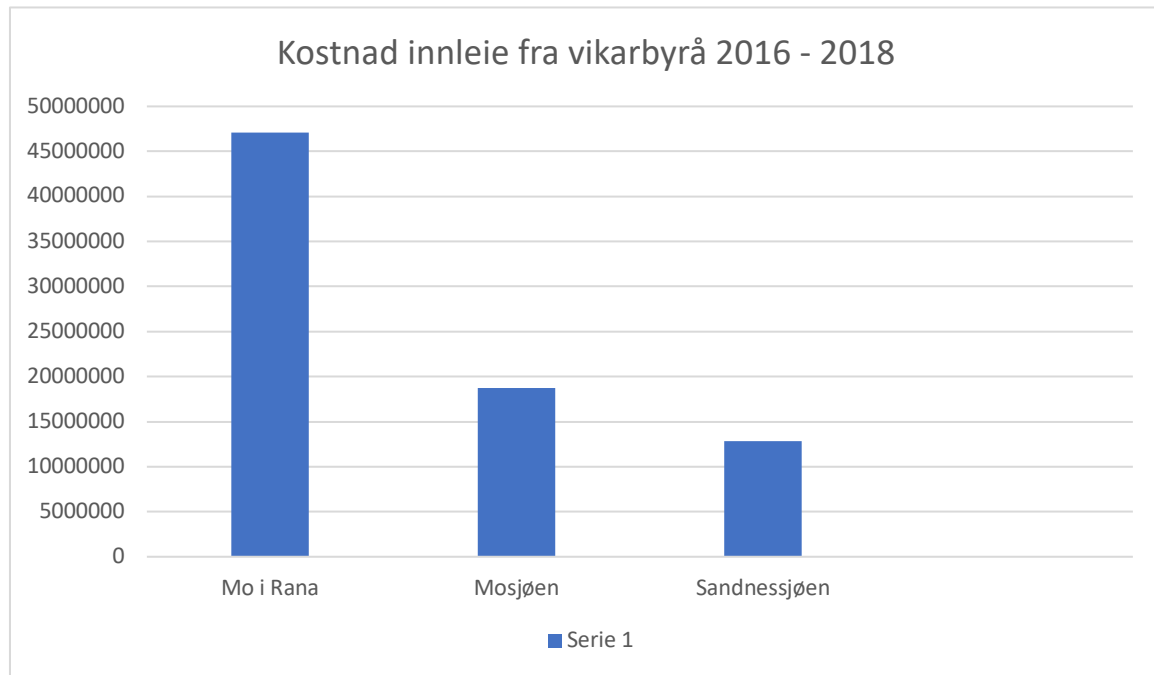
Ved en eventuell plassering av nytt stort akutt sykehus i Rana, vil avstanden til DMS i Brønnøysund bli betraktelig lengre enn fra Sandnessjøen i dag, og ambulering vil bli mer tidkrevende enn i dag. Dette vil kunne gå ut over både ordinær drift på sykehuset og forutsigbarheten og kontinuiteten i arbeidet på DMS. Ambulering er i dag frivillig, og med tre planlagte DMS ved lokalisering av sykehus i Rana vil potensielt store fagressurser gå med til ambulering.

Innleie vikarbyrå

I januar kom det tall på bruk av innleid personell for de ulike sykehusene i Helgelandssykehuset. Som figur 6 viser har sykehuset i Rana over flere år hatt stort behov for innleie fra vikarbyrå. I løpet av de siste tre årene (2016-2018) har sykehuset i Rana benyttet innleid personell fra vikarbyrå for over 47 millioner kroner. Til sammenligning er summen for Sandnessjøen sykehus 12,8 millioner.

Når den eksterne ressursgruppa konkluderer med at Rana har det største fagmiljøet på Helgeland, er det for Legeforeningen merkelig at bruk av innleid personell ikke har inngått i vurderingen.

Noe av ulikheten i bruken av innleid personell kan forklares med sykefravær. Sykehuset i Rana har høyere fravær enn Sandnessjøen, med 8,5% mot 5,8% (tall fra 2018). Men dette kan ikke forklare hele forskjellen. Forskjellen kan heller ikke forklares med LIS-leger som er borte i gruppe 1-tjeneste fordi dette er likt på begge sykehusene, og fordi LIS-leger ikke leies inn fra vikarbyrå.



Figur 8: Regnskapstall Helgelandssykehuset. Gjengitt i Helgelands Blad 16.01.2019

Da sitter vi igjen med at sykehuset i Rana over tid har slitt med å få besatt ledige stillinger for legespesialister og spesialsykepleiere. Dette harmonerer dårlig med oppfatningen av Rana som det største fagmiljøet. Dette underbygges også med tall på antall søkere pr legestilling fra september 2017 til august 2018:

	Antall utlyste stillinger	Antall søkere pr stilling
Mo i Rana	19	7,2
Sandnessjøen	13	8,6
Mosjøen	14	12,5

Mosjøen

Sykehuset i Mosjøen er lokalsykehus for rundt 16.000 innbyggere i Grane, Vefsn og Hattfjellidal. Mosjøen mistet akuttkirurgien i 2006, men har funksjonsfordelt urologi, plastikkirurgi, øyesykdommer, hudsykdommer og nevrologi, og har ansatt spesialister innen alle disse feltene.

Somatisk aktivitet

Aktivitetsdata fra 2018 viser at Mosjøen hadde rundt 29000 pasientkontakter, mot Ranas 39000. Den største forskjellen utgjøres av antall dagopphold og heldøgns pasienter. Forskjellen i de to sistnevnte parametre er som forventet da Mosjøen ikke har akuttkirurgi eller kirurgisk sengepost. Mosjøen hadde 25396 polikliniske kontakter mot Ranas 26818 i 2018. Sammenholdt med at Rana har betydelig flere ansatte enn Mosjøen er dette sterke tall for Mosjøen.

Innleie og sykefravær

Ser vi på innleie og sykefraværstall for Mosjøen i årene 2016 til 2018, kommer også sykehuset i Mosjøen godt ut sammenlignet med sykehuset i Rana. Sykehuset i Mosjøen brukte 18,7 mill på innleie, og har et sykefravær på 6%. Sykehuset i Rana bruker altså 27 mill mer på innleie enn begge de to andre enhetene til sammen.

Per 13. januar 2019 har Helgelandssykehuset utlyst 3 overlegestillinger i Mosjøen, ingen i Sandnessjøen og 8 i Rana. Ressursgruppen legger vekt på at bystørrelse er viktig for rekruttering. Disse tallene bygger ikke opp under en konklusjon om at det er mer attraktivt å jobbe på sykehuset i Rana enn i de to andre byene.

Pendlingsvilje

Etter ferdigstilling av Tøntunnelen er det blitt betraktelig lettere å reise mellom sykehusene sør for Korgfjellet, for både pasienter, ansatte og befolkningen for øvrig. Det tar omlag 45 minutter med bil, avhengig av årstid og trafikk. Det påstås i rapporten at det i dag er svært liten grad av pendling mellom Sandnessjøen og Mosjøen. Dessverre har ressursgruppa brukt pendlertall fra før Tøntunnelen ble åpnet. Legeforeningen forutsetter at hvis manglende pendling skal brukes for å undergrave det faktum at Sandnessjøen og Mosjøen sykehus bør sees på som et samlet fagmiljø, så bør det i det minste brukes korrekte pendler-tall.

Et samlet fagmiljø sør for Korgfjellet

Ressursgruppen sier i sin rapport at å bygge videre på fagmiljøet i Rana er det tryggeste for å forhindre forvitring av fagmiljø i interimperioden. Også dette premisset bygger på at Rana har det største fagmiljøet. Legeforeningen mener ressursgruppa ikke bare ser bort fra at Rana ikke har det største fagmiljøet, men også at en plassering nord for Korgfjellet gir risiko for forvitring av fagmiljøene på to sykehus, heller enn ett.

Legeforeningen vil argumentere med at fagmiljøene sør for Korgfjellet må sees under ett. Uavhengig av om sykehuset blir plassert i Mosjøen, i Sandnessjøen eller et sted mellom byene, så vil mange se for seg pendling i framtida. Dermed vil mange flere forbli i sine nåværende jobber i interimperioden.

Konklusjon fagmiljø og rekruttering

Legeforeningen mener den eksterne ressursgruppas konklusjon om at Rana har det største fagmiljøet er uriktig, og at denne konklusjonen er dratt på et svakt grunnlag. Legeforeninga mener det er mer riktig å se på bredden og stabiliteten av spesialisert personell når man skal

avgjøre hvor hovedtyngden i et fagmiljø ligger. Ved en slik vurdering mener legeforeningen at Sandnessjøen kommer godt ut. Men legeforeningen mener også det er riktig å se fagmiljøene i Sandnessjøen og Mosjøen under ett. I dag fungerer Sandnessjøen som akuttkirurgisk mottak for pasienter som sogner til både Sandnessjøen og Mosjøen. Med andre ord er avstanden såpass liten at det i en interimperiode vil være mulig å bygge videre på fagmiljøene ved begge sykehusene. I en slik vurdering vil fagmiljøene sør for Korgfjellet komme best ut, *både* i bredde og stabilitet, men også i antall ansatte. Dette vil også gi den mest stabile situasjonen i interimperioden.

Uansett mener Legeforeningen at et sykehus med bred spesialistkompetanse, forhåpentligvis godt arbeidsmiljø og stabilitet vil fungere rekrutterende i seg selv. Ingen av byene på Helgeland er noen storby. Flytter man til Helgeland er det andre verdier og ønsker som står i fokus enn et urbant storbyliv. Legeforeningen mener derfor at det ikke vil ha noe å si hvor et stort sykehus lokaliseres når det er snakk om rekruttering. Det er det andre aspekter ved det nye sykehuset som gjør.

Fødetilbud

Først og fremst er det svært bekymringsverdig at akutt fødselshjelp og gynekologi ikke har noen som helst plass i rapporten. Halvparten av befolkningen på Helgeland er kvinner, og i fertil alder er fødsel en svært viktig potensiell akuttmedisinsk situasjon for kvinner. Med et ønske om befolkningsvekst på Helgeland mener Legeforeningen at fødselshjelp og gynekologi må være svært sentralt når fremtidens helsetilbud planlegges. Legeforeningen forutsetter derfor at fødselshjelp og gynekologi i mye større grad er vektlagt i endelig rapport.

Risiko

Hilde Engjom, forsker ved universitetet i Bergen og lege ved Haukeland, disputerte i vår med en PhD som konkluderer med at lang avstand til fødeavdeling øker risikoen for transportfødsler og komplikasjoner i forbindelse med slike. Engjoms tall baserer seg på medisinsk fødselsregister. De er små, og kan ikke direkte overføres til Helgeland, men de er med på å underbygge at et felles sykehus på Helgeland ikke kan plasseres helt nord i regionen. En slik plassering vil gi kort avstand for noen fødende, men svært lang avstand for andre. Med Hilde Engjoms forskning i mente vil en slik plassering kunne gi økt risiko for flertallet av de fødende sammenlignet med dagens situasjon.

Følgetjeneste

I Stortingsmelding 12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet*² slås det fast at fødende med over 1,5t fra kommunesenter til fødeinstitusjon har rett på følgetjeneste:

Følgetjenesten har to hovedhensikter. Den ene er å sikre medisinskfaglig forsvarlighet. Den andre er å skape trygghet for den gravide underveis til fødeinstitusjon. Følgetjenesten må ha kompetanse i grunnleggende fødselshjelp, dvs. kunnskap om faresignaler, forløsning, komplikasjoner, samt å ta seg av den nyfødte. Rådet anbefaler at det organiseres følgetjeneste der hvor det er reisevei utover halvannen times reisevei til fødested, og at regionalt helseforetak må ta ansvar for denne tjenesten på linje med ambulansetjenesten. Den praktiske gjennomføringen kan for eksempel skje i samarbeid mellom en eller flere kommuner.

Legges et stort sykehus på Mo vil behovet for en slik følgetjeneste bli betydelig større enn ved en sentral plassering av sykehuset. Dette vil føre til økte kostnader for både helseforetaket og for kommuner som i dag ikke behøver følgetjeneste. Det vil også legge et enda større press på rekruttering av både kommunejordmødre og fastleger som skal fylle følgetjenesten med kompetanse.

Fordeler med større fødeavdeling

I dag er det en rekke fødende som ikke kan føde barnet sitt på Helgeland. Setefødsler, tvillinger, overvektige mødre etc. må i dag reise til Bodø for å føde. Dette gir økt belastning på den enkelte fødende og familiene deres, men er også samfunnsøkonomisk kostbart. En

² <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>

samlet fødeavdeling med over 700 fødsler vil kunne tilby mange av disse kvinnene fødsler nærmere der de bor ved å danne grunnlag for barneavdeling. Dette ser vi i dag i Hammerfest som er et sammenlignbart sykehus.

Fødestue

Fødestua i Brønnøysund er et viktig og bra supplement til det ordinære fødetilbudet på sykehus. Denne fødestua må bevares for å gi et tilbud til de fødende som ønsker det, og som selekteres til slik fødsel. Likevel er det viktig å påpeke at Legeforeningen ikke ønsker flere fødestuer på Helgeland som kompensasjon for lang reisevei til sykehus og fødeavdeling. Bjørn Backes oversiktsartikkel i Tidsskrift for den norske legeforening 12. juni 2018³ argumenterer godt for dette standpunktet: Opprettelsen av nye fødestuer hører ikke hjemme i moderne obstetikk, nettopp på grunn av strenge seleksjonskriterier og fordi fødestuer ikke tilbyr en fødselsomsorg som de aller fleste fødende ønsker seg, blant annet epidural. Fødestuer langt unna ordinær fødeavdeling gir heller ikke mulighet for keisersnitt eller legebistand ved komplikasjoner.

³ <https://tidsskriftet.no/2018/06/leder/fodestuer-fra-nyvinning-til-nedleggelse>

Psykiatri

Psykiatrien er, slik som fødselshjelp, heller ikke tatt inn i ressursgruppas rapport. Dette er med på å underbygge følelsen av en uferdig rapport. Psykiatrien har vært et uttalt satsningsområde for regjeringa over flere år. «Den gylne regel» har hatt som mål å gi forholdsmessig større satsning på psykiatrien sammenlignet med somatikken. På Helgeland bærer tilbudet i psykiatri preg av to ting:

1. Store avstander.
2. Faglig styrke.

Avstand

Den aller største svakheten ved tilbudet innen psykiatri er i dag det manglende akuttpsykiatriske tilbudet. Pasienter som har behov for tvangsinnleggelse må i dag fraktes til Bodø før det i det hele tatt kan bli gjort en psykiatrisk vurdering av behovet for tvang. Dette rammer i dag omlag 200 pasienter årlig. De siste årene har man fått på plass en følgetjeneste som for en del pasienter har muliggjort flytransport. Men likevel fraktes omlag halvparten av pasientene med ambulansebil. For enkelte er dette en tur på over 7 timer.

Et nytt sykehus på Helgeland bør gi et faglig godt og nært tilbud også til akutt syke psykiatriske pasienter. Dette må få en mye større plass i den endelige rapporten fra ressursgruppa.

Faglig styrke

I dag har Helgelandssykehuset et av landets fremste fagmiljø innen nevropsykologi. Avdelingen er funksjonsfordelt til Helgelandssykehuset Mosjøen. Den har beliggenhet i egne lokaler i Mosjøen. Avdelingen tar i mot barn, unge og voksne pasienter fra hele Helgeland til polikliniske undersøkelser. Avdelingen har blant annet ansatt flere nevropsykologer. Den har godt samarbeid med Nevrologisk poliklinikk i Mosjøen og avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i Sandnessjøen. Slike fagmiljø må vernes om og styrkes, også i prosessen med nytt sykehus.

Transport

I en region som Helgeland, med store avstander og utfordrende geografi, vil organiseringen av transport til sykehus være avgjørende for et velfungerende sykehusstilbud. Dette har den eksterne ressursgruppa til dels pekt på i sin rapport. Spesialisthelsetjenesten er et gode der tilgangen må være mest mulig lik for befolkningen. Reisetid er et onde som må fordeles på alle innbyggerne.

Den gylne time

Rapporten fra ressursgruppa skriver i sin vurdering av reisetid: *Reiseutfordringene er betydelige på Helgeland ved alle alternative lokaliseringer av et stort akutt sykehus. Leirfjord gir kortest vektet gjennomsnittlig reisetid. Rana har lengst vektet gjennomsnittlig reisetid, men er også det stedet der høyest andel av befolkningen når sykehus i løpet av den første timen ved akutt skade/sykdom.*

Ressursgruppa faller likevel ned på en konklusjon om at et felles akutt sykehus skal ligge i Rana. Legeforeningen vil påpeke at dette gir stort rom for å tolke ressursgruppa dithen at det er viktigere at befolkningen på Mo kommer svært raskt til sykehus enn at mortalitet og morbiditet øker hos det store flertallet på Helgeland som ikke bor på Mo ved at reisetiden forlenges med omlag 20% sammenlignet med et sykehus sør for Korgfjellet.

Konklusjonen om en plassering av sykehuset på Mo underbygges av referanser til begrepet «den gylne time/the golden hour». Dette må være en feiltolkning av tilgjengelig litteratur. Det er nemlig ikke slik at «golden hour» lengre blir tolket som en bokstavelig time⁴. Den gylne time er i dag i bruk som et begrep på den tiden det tar fra skade eller sykdomsdebut, til det ikke lengre spiller noen rolle hvilken behandling pasienten får. Dette tidsvinduet vil være svært forskjellig fra en sepsis til en sprukken hovedpulsåre. I dag opererer vi med nettopp slike ulike tidsvinduer for å optimalisere behandling. Veldig få av disse forholder seg strikt til en klokke time. Bruken av begrepet «golden hour» må derfor justeres i rapporten, slik at det ikke strider mot anerkjent litteratur.

Akuttransport

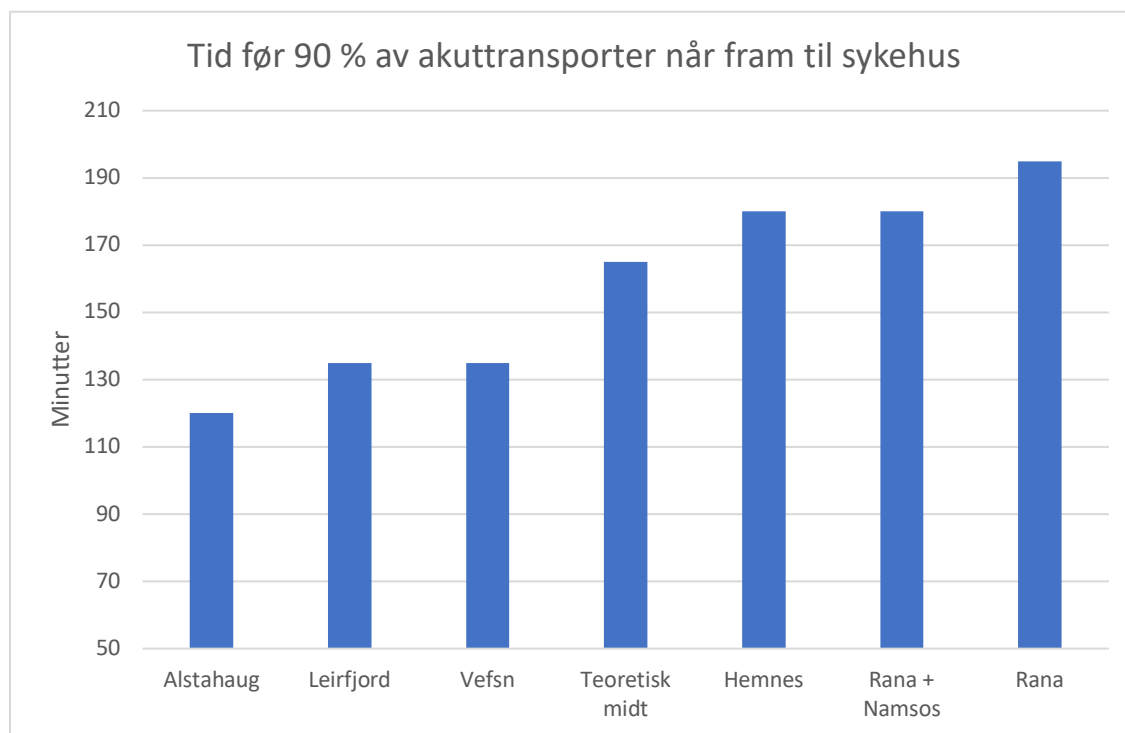
Enhet for prehospitaltjenester har på bestilling fra den eksterne ressursgruppa utarbeidet en rapport om omhandler pasienttransporten på Helgeland. Legeforeningen mener denne rapporten kommer med en rekke gode argumenter for plassering av et felles sykehus sentralt på Helgeland⁵.

Figur 9 viser hvor lang transporttid det vil bli for akutt syke pasienter til de ulike lokaliseringmulighetene på Helgeland. Også her, slik som i ressursgruppas rapport, er det tydelig at lokalisering i Rana er det som kommer aller dårligst ut.

⁴ ATLS course manual. American college of surgeons. 10th edition.

⁵

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/transport%20Helgelandpdf.pdf>



Figur 9: Transporttid for akuttpasienter til sykehus⁶.

Særlig alvorlig er det at den eksterne ressursgruppa virker å se bort fra uttalelsene fra enhet for prehospitaltjenester når det kommer til bruk av helikopter i akuttsituasjoner. En studie publisert i Tidsskrift for den norske legeforening i 2009⁷ viste at regulariteten ved helikoptertransport på Helgeland var betydelig lavere ved destinasjoner på innlandet. I vinterhalvåret var regulariteten så lav at kun 30% av medisinsk indiserte turer kunne gjennomføres. Med bedre helikopter gikk denne regulariteten opp fra 2009, men nye og mindre helikoptre som ble satt inn fra 2018 regner det flyoperative miljøet på nytt med en nedgang.

I dag fungerer landingsplass i Stokkvågen som reserveløsning når helikopteret ikke kan fly inn til sykehuset i Rana. Dette er en times ambulansetur unna sykehuset. Med tilrettelegging kan Sjøna/Utskarpen, 30min unna, fungere som reserveløsning i følge rapporten fra prehospitaltjenester. Hvis sykehuset først legges fire timer unna sør-Helgeland i bil, og i tillegg med svært usikre flymuligheter med helikopter, gir befolkninga en alvorlig forringing av det tilbudet de i dag har.

En åpenbar løsning er å plassere et sykehus sentralt på Helgeland, med god tilgang til kysten slik at båtambulansene har rask tilgang, helikoptrene har så gode flyforhold som mulig og bilambulansene så raskt som mulig kan få levert akutt syke og skadde pasienter på sykehuset.

6

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/transport%20Helgelandpdf.pdf>

⁷ <https://tidsskriftet.no/2009/05/originalartikkel/luftambulansens-palitelighet-en-undersokelse-i-tre-kommuner-pa-helgeland>

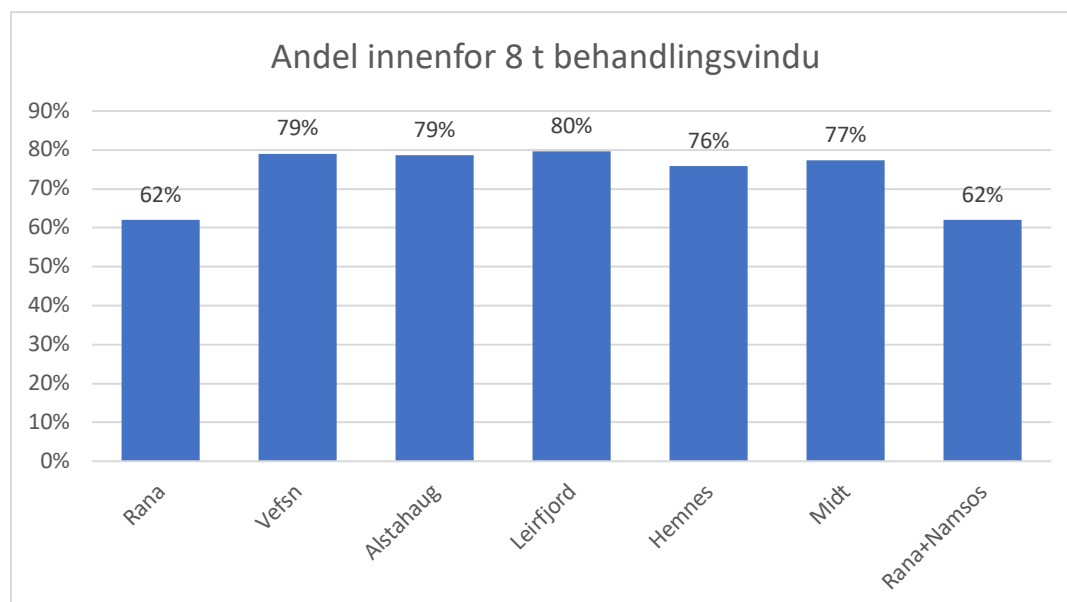
Ressursgruppa har lagt vekt på at det muligens vil komme en ny, større flyplass i Rana i framtida. Det er mulig en slik flyplass vil gi bedre tilbud til de ansatte for ferie- og fritidsreiser, men den vil ikke ha noen stor plass i den akuttmedisinske kjeden. I dag brukes ambulansefly i liten grad som akuttransport. Dette fordi flyet som regel er i bruk i andre oppdrag og ikke står klar for akutt syke eller skadde pasienter. Flyet har heller ikke som regel lege ombord, og ved behov for legebistand må derfor helikopter som regel benyttes.

Disse aspektene samlet gjør at Legeforeningen mener at et felles sykehus bør lokaliseres sør for Korgfjellet.

Elektive pasienter

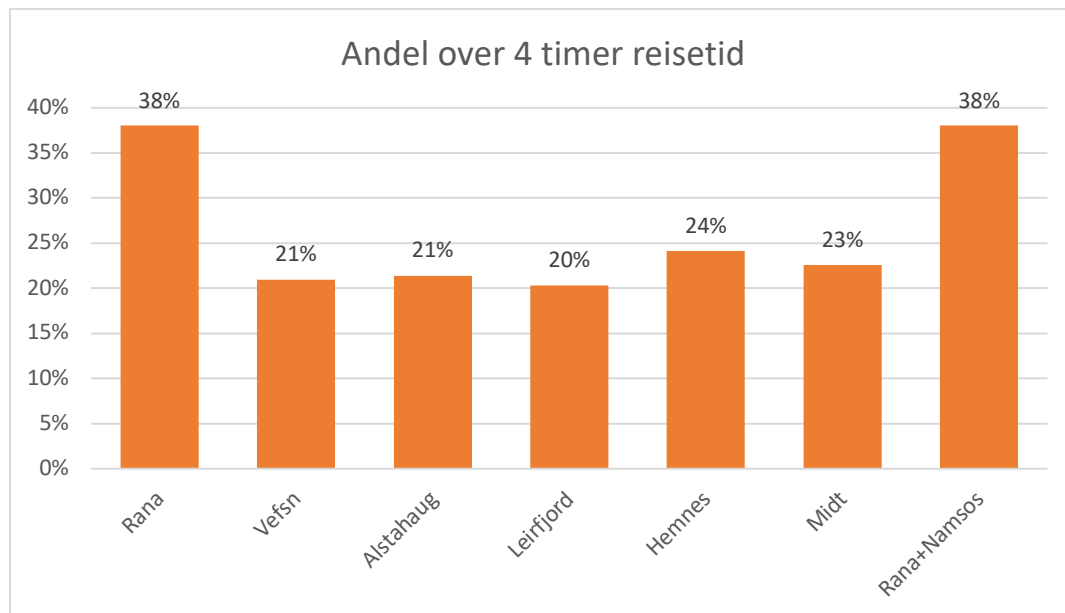
Men et sykehus eksisterer ikke kun for de akutt syke. Den aller største delen av pasientbehandling skjer ved elektive innleggelser eller poliklinisk behandling. Derfor er også reisebelastningen for elektive pasienter viktig. En del av det polikliniske tilbudet til pasientene på Helgeland vil i framtida forhåpentligvis gjøres på DMS for de pasientene som bor lengst unna sykehus. Likevel er det sannsynlig at den største delen av pasientene vil måtte reise til sykehuset. I rapporten fra prehospitale tjenester er også dette belyst.

Figur 10 viser hvor stor andel av Helgelands befolkning som vil kunne benytte seg av et behandlingstvindu på åtte timer på sykehuset, ved å benytte seg av rutegående transport. Figur 11 viser hvor stor andel som får mer enn fire timers reisevei tur/retur sykehuset. Det er helt tydelig at en lokalisering sør for Korgfjellet vil være mest hensiktsmessig også for denne pasientgruppen.



Figur 10: Andel av total befolkning som kan utnytte et 8 timers behandlingstvindu, gitt tidligste avgang rutegående transport fra hjemstedet klokka 06:00 og seineste hjemkomst klokka 18:00. Pasienter som bor for

langt unna vil også kunne utnytte tilbudet, men vil oftere enn de andre ha behov for overnatting før eller etter behandling⁸.



Figur 11: Andel av total befolkning som får reisetid større enn 4 timer tur/retur stort akuttssykehus, det vil si mer enn 2 timer hver vei, basert på rutegående transportmidler⁹.

Pasientlekkasje

Legeforeningen viser til høringsvar fra akuttmedisinsk klinikk UNN som sier at lang reisetid til Helgelandssykehuset vil gi økt risiko for pasientlekkasje. Allerede i dag ser vi at enkelte pasienter fra Sør-Helgeland velger å bruke fritt sykehusvalg og benytter sykehusene i Namsos og Levanger for polikliniske og elektive behandlinger. Ved å plassere sykehuset i Rana vil sykehuset i Namsos ligge fire mil nærmere Brønnøysund enn Helgelandssykehuset.

For å sitere høringsvaret fra UNN¹⁰:

«Dette vil bidra til avskalling av et allerede kritisk lite pasientgrunnlag både for Helgelandssykehuset og UNN. For UNN – som Norges minste universitetssykehus - vil en strukturendring i opptaksområde kunne føre til en uheldig utvikling med svekket pasientgrunnlag. Vi er innforstått med at spesialiststrukturen på Helgeland først og fremst skal ivareta Helgelands befolknings behov for spesialisthelsetjenester. Vi mener likevel at befolkningens behov for spesialisthelsetjenester må ivaretas på en måte som mest mulig demmer opp for pasientlekkasje ut av Helse Nords opptaksområde. Dette taler for at et sykehus på Helgeland best plasseres sør for Korgfjellet.»

⁸

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/transport%20Helgelandpdf.pdf>

⁹

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/transport%20Helgelandpdf.pdf>

¹⁰

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Høringsvar%20ekstern%20ressursgruppe/20190221%20Høringsinnspill%20fra%20akuttmedisinsk%20klinikk%20UNN%20HF.PDF>

Også i akuttmedisinske situasjoner vil det kunne oppstå pasientlekkasjer hvis sykehuset legges lengst nord i regionen, men da fra hele ytre Helgeland. Et relevant eksempel er en pasient med traume i Sandnessjøen. Denne vil raskt kunne bli hentet av helikopter med lege. Hvis det ikke er flyvær til Rana vil pasienten med overveiende sannsynlighet bli fraktet til Bodø eller Namsos, heller enn å bli lastet over i bil på Stokkvågen, med en times ambulansetur inn til sykehus. En slik situasjon gjelder da plutselig nærmere 30 000 mennesker.

Distriktsmedisinske sentre (DMS)

Rapporten fra ressursgruppen anbefaler å samle dagens tre enheter til ett sykehus i Mo i Rana, med tre distriktsmedisinske sentre i Mosjøen, Sandnessjøen og Brønnøysund. I sammendraget i rapporten står det at:

«(...) DMS Brønnøysund og de foreslåtte DMS Sandnessjøen og DMS Mosjøen må få en bredde i tilbudet som gjør at brorparten av befolkningens behov for polikliniske og dagmedisinske kontakter med spesialisthelsetjenesten, kan dekkes lokalt. I akutte situasjoner må Brønnøysunds samlede prehospitale ressurser (bilambulanse, båtambulanse, legehelikopter, legebil, redningshelikopter) utnyttes på en god måte.»

Rapporten nevner også flere steder at de har vektlagt rekrutteringshensyn i anbefalingen av Mo som lokalisasjon for et samlet sykehus. Det sies ingen ting om hvordan leger skal rekrutteres til DMS. Ambulering er i dag frivillig, og forutsetter vilje og ønske om å spre poliklinisk aktivitet i hele regionen. Slik Legeforeningen ser situasjonen er det sannsynlig at flertallet av ansatte på DMSene må ambulere fra sykehuset. Legges sykehuset i Rana vil det bety reisevei på omlag fire timer hver vei til Brønnøysund.

Legeforeningen mener at rapporten er påfallende svak, både når det gjelder hva DMSene skal inneholde og hvordan de skal bemannes. Som vi tidligere har vist, så har ansatte ved sykehuset i Sandnessjøen vist stor vilje til ambulering, og Legeforeningen er bekymret for hvordan man skal klare å bemanne, særlig DMS i Brønnøysund, når reiseveien nesten doubles. Rapporten reiser flere viktige spørsmål rundt oppbygging og organisering av DMS, men spørsmålene besvares ikke fullt ut. DMS uten stabiliseringsfunksjon eller kirurgisk og medisinsk akuttfunksjon kan på ingen måte erstatte dagens akutttilbud. Det er etter Legeforeningens syn i beste fall optimistisk å lansere DMS som en god erstatning for pasientene fra Sør-Helgeland når avstanden til sykehus øker i den graden en lokalisering av sykehuset til Mo gjør.

Dersom en legger et samlet sykehus sentralt på Helgeland, det vil si i sør for Korgfjellet, vil man etter Legeforeningens syn kun ha behov for DMS i Rana og i Brønnøysund, og således kunne spare inn et DMS. Ressursgruppa viser til erfaringene fra Alta for å vise til hva et DMS kan være. Mo er den eneste byen på Helgeland som har såpass stor befolkning at den kan sammenlignes med Alta. Rana har i dag et såpass stort pasientgrunnlag alene at man vil kunne forvente muligheten til å ha enkelte spesialister som kan ha hovedarbeidssted Mo. Dette vil både lette arbeidsbyrden for spesialistene som skal bemanne DMS fordi man kan unngå noen grad av ambulering, og færre spesialister må bruke av arbeidstiden sin til reisevirksomhet heller enn pasientbehandling.

Legeforeningen mener disse argumentene underbygger vår konklusjon om at sykehuset bør ligge sør for Korgfjellet, med sterke DMS i Brønnøysund og Mo i Rana.

Konklusjon

Legeforeningen på Helgelandssykehuset Sandnessjøen og Mosjøen støtter ressursgruppas konklusjon om at Helgelandssykehuset bør samles til ett felles sykehus. Legeforeningen mener sykehuset bør inkludere en stor fødeavdeling og et sterkt tilbud innen psykisk helse. Fødselsomsorg og psykiatri forutsettes å få en mye sterkere plass i ressursgruppens endelige rapport.

Legeforeningen ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen og Mosjøen aksepterer ikke ressursgruppas konklusjon om at felles sykehus på Helgeland bør ligge i Rana.

Legeforeningen mener sykehuset bør plasseres sør for Korgfjellet, og det er fem sentrale argumenter for dette:

1. En plassering helt nord i regionen gir mye lengre reisetid for flertallet av Helgelands befolkning enn en plassering mer sentralt i regionen.
2. Akuttmedisinsk klinikk ved UNN og Enhet for prehospitale tjenester ved Helgelandssykehuset har begge pekt på at en plassering i Rana gir dårligere helikopterregularitet enn en mer kystnær plassering. Dette svekker akuttmedisinsk beredskap, særlig for de pasientene som får lengst reisevei.
3. Ressursgruppa legger stor vekt på at Sykehuset i Rana har størst fagmiljø, når konklusjonen er at sykehuset bør ligge i Rana. Legeforeningen har vist i vårt hørings svar at sykehuset i Rana ikke har størst fagmiljø. I tillegg mener Legeforeningen at sykehusene i Sandnessjøen og Mosjøen bør kunne sees under ett, særlig når man diskuterer interimperioden.
4. En plassering i Rana forutsetter tre DMS, i motsetning til to DMS hvis sykehuset plasseres sør for Korgfjellet. Flere DMS vil fordre større grad av ambulering, slik at en større del av fagpersonellet bindes opp i reise og ambulerende virksomhet.
5. En plassering langt nord i regionen øker risikoen for pasientlekkasje sørover til Helse Midt. Dette kan få konsekvenser både for Helgelandssykehuset, men også for UNN sin posisjon som universitetssykehus.

På vegne av Legeforeningen ved sykehusene i Sandnessjøen og Mosjøen:

Knut Glasø, enhetstillitsvalgt Overlegeforeningen Sandnessjøen

Tørris Sjøset, enhetstillitsvalgt Overlegeforeningen Sandnessjøen

Andreas Bergquist, enhetstillitsvalgt Yngre legers forening Mosjøen

Ingeborg Steinholt, enhetstillitsvalgt Yngre legers forening Sandnessjøen