

Et stort akuttisykehus vil gi best helsetilbud til innbyggerne på Helgeland

De siste månedene har temperaturen i debatten om sykehusstruktur på Helgeland økt betraktelig. Med tanke på betydningen denne prosessen har, er det forståelig. Samtidig går prosessen raskt, det er derfor riktig, og viktig, at flest mulig argumenter og synspunkt løftes fram i debatten. Som kommuneoverleger på Helgeland, ønsker vi å bidra i debatten med vårt syn på denne saken, som den høyeste administrative medisinske kompetansen ansatt i de ulike Helgelandskommunene.

Prosesen de neste månedene vil peke ut retningen for framtidens spesialisthelsetjeneste på Helgeland, og ha betydning for hele befolkningen. For kommunene som er berørt, har sykehusstrukturen også stor betydning for arbeidsplasser, bosetting og samfunnsutvikling. Det åpenbart viktigste i denne saken, et best mulig helsefaglig tilbud til innbyggerne på Helgeland, synes tidvis å komme i debattens bakgrunn. Det er nå på tide at vi igjen diskuterer det viktigste i saken – hvilken sykehusstruktur vil gi innbyggerne best mulig helsetilbud, uavhengig av bostedskommune?

Det ble tidlig i saken slått fast at prosessen skal gjennomføres i en helsefaglig kontekst. Vi forventer derfor at Helgelandssykehuset følger dette prinsippet, og at den endelige beslutningen fattes med fokus på et best mulig helsetilbud. Utredningen om pasienttransport på Helgeland som ble offentliggjort i juli er et riktig skritt i denne retningen.

Det er likevel et paradoks at lokalisering av framtidens sykehus vies mer oppmerksomhet enn innholdet i sykehuset/ene vi skal ha, og hvilke funksjoner de(t) skal inneholde. En løsning med ett stort akuttisykehus vil nødvendigvis gi et sykehus med andre funksjoner, ressurser og kompetanse, enn en løsning hvor funksjoner og ressurser skal deles mellom to mindre sykehus.

En kompliserende faktor i denne debatten er at et «sykehus» i 2018 ikke nødvendigvis er et tradisjonelt «sykehus». Forskjellen mellom et stort og et lite akuttisykehus, er ikke størrelsen på «huset», men innholdet innenfor husets vegger. Et lite akuttisykehus *har ikke* et fullverdig innhold på linje med et stort akuttisykehus.

Et lite akuttisykehus har ikke akuttkirurgisk vaktberedskap. Dette betyr at det kirurgiske miljøet vil være ikke tilstedeværende, eller minimalt, på et slikt sykehus. Man kan ikke ha kirurgiske pasienter inneliggende på et lite akuttisykehus. Skjer det en ulykke like utenfor døren til det lille akuttisykehuset, må pasienten likevel fraktes til det store akuttisykehuset direkte.

Det er kun medisinske akutttilstander som skal innlegges ved det lille akuttisykehuset. Dette er diagnoser som KOLS-forverring, hjertesvikt, lungeødem mv. Imidlertid kommer de færreste pasienter inn på sykehuset med en lapp med diagnosen i pannen. Diagnosen settes som regel etter utredning på sykehuset. Det som ble oppfattet som en forstoppelse, kan vise seg å være tarmslyng, som krever hurtig kirurgi. Ukompliserte magesmerter kan vise seg å være en progredierende blindtarmsbetennelse med fare for ruptur uten rask kirurgisk behandling. Dette er eksempler på tilstander med symptomer som er likelydende for både medisinske eller kirurgiske tilstander. Den faglige bekymringen for å «dele opp» medisinsk kompetanse er derfor frykten for at pasienter havner på «feil plass» ved en kunstig oppdeling av fagmiljøene, og at pasientene får forsinket eller mangelfull behandling som følge av en slik «feilplassering». All erfaring med «små akuttisykehus» viser at disse sykehusene i praksis ikke fungerer, og at slike sykehus i noen tilfeller blir «pasientfeller».

Legeforeningen advarer sterkt mot oppdeling av akuttfunksjoner med bakgrunn i erfaring og kjennskap til den gjensidige avhengigheten i de medisinfaglige fagmiljøene. En undersøkelse gjennomført av

Legeforeningen våren 2013 viser at anesthesiologi, indremedisin og generell kirurgi oppleves av leger å høre sammen, og at det derfor ikke er praktisk mulig å skille medisinsk og kirurgisk akuttberedskap. I en resolusjon enstemmig vedtatt på Landsstyremøte i 2015 slår Legeforeningen fast at faglig forsvarlighet, god beredskap og trygghet for befolkningen må veie tyngst i landets sykehusstruktur. Dette medfører at kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akutt pasienter i sykehus. Akuttfunksjon forutsetter døgnkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester. Det må være systemer for å opprettholde og videreutvikle robuste fagmiljøer som rekrutterer godt.

Legeforeningen, som samler 97 % av legene i Norge er altså tydelig på at akutt sykehus uten kirurgisk akuttberedskap ikke er pasientsikkert. Derfor mener vi diskusjonen om struktur er viktigere på nåværende tidspunkt enn lokalisering.

Vi mener derfor at en framtidig løsning med ett stort akutt sykehus på Helgeland vil gi det helsefaglig beste tilbudet til innbyggerne uavhengig av bosted i regionen.

Et stort akutt sykehus vil naturlig ha bredere og mer spesialisert kompetanse

Spørsmålet om kompetanse og robuste fagmiljø for Helgelandssykehuset 2025 ble grundig utredet allerede i den såkalte Utviklingsplanen i 2014. Det ble der lagt til grunn at for å sikre et robust fagmiljø må et nytt sykehus ha relevant kompetanse knyttet til flere profesjoner og fag samlet på ett sted. For leger betyr dette i følge utviklingsplanen minst seks medisinske spesialiteter i såkalte vaktbærende fag samt minst tre spesialiteter i ikke-vaktbærende fag. Fagmiljøene knyttet til enkelte av spesialitetene oppleves i dag å være så sårbare at dersom én enkelt ansatt slutter kan fagmiljøet forvitne. Dette er altså allerede utredet og må tas med som en viktig del av vurderingen av ny struktur. Vi mener kompetansen best vil sikres med et stort akutt sykehus, ikke ved å spre funksjonene på flere sykehus på Helgeland.

Dette støttes også opp av utredninger gjort av Legeforeningen, som viser at nøkkelen til bredde- og spisskompetanse på avdelings- og sykehusnivå er robuste fagmiljøer. Robuste fagmiljøer evner å utvikle, beholde og overlevere kompetanse. Kompetansen skal ikke være avhengig av enkeltpersoner, men være forankret i fagmiljøet.

Den medisinske og teknologiske utviklingen har gjort at sykehusene ikke lengre kan basere seg på at enkeltleger håndterer alle diagnostiske og behandlingsutfordringer like godt. Pasienter med sammensatte problemstillinger trenger derfor oppfølging av flere forskjellige legespesialister med utfyllende spisskompetanse. Det meste av pasientbehandlingen i sykehus i dag gis av ulike team organisert i mikrosystemer, med ulike legespesialister og øvrige helsepersonellgrupper.

Et stort akutt sykehus vil sørge for større fagmiljø og bedre rekruttering

Skal Helgelands framtidige sykehus kunne utvikle en slik kompetanse er man selvfølgelig avhengig av å kunne rekruttere den riktige helsekompetansen. Rekruttering har da også vært et tema flere av kommunene har debattert hyppig de siste månedene. Også dette temaet ble grundig vurdert i Utviklingsplanen fra 2014. Arbeidsgruppa som utredet stabilisering og rekruttering var tydelige på at *“alternativ 3, et nytt Helgelandssykehus, sannsynligvis er den av de tre sykehusmodellene som har de beste forutsetninger for lykkes med å sikre et stabilt og rekrutterende fagmiljø i fremtiden”*.

Vi vet fra tidligere at et stort og utviklende fagmiljø er en av de viktigste faktorene i valg av arbeidssted. Det å jobbe sammen med andre innenfor samme fagfelt og ikke minst mulighet til å utvikle seg videre innenfor faget er viktigere for mange enn geografisk plassering. Den siste måneden har vi sett flere konkrete eksempler på at dette stemmer. Flere unge leger under utdanning med røtter i regionen har i

lokale media fortalt at de gjerne ønsker seg tilbake til Helgeland, men at dette forutsetter samling av fagmiljøet i et stort akuttstusykehus. Velger Helgelandssykehuset og Helse Nord å fragmentere fagmiljøet vil de sannsynligvis heller søke seg til større sykehus utenfor regionen. Det er dessverre ingen grunn til å tro at deres historier er unntaket. Et stort akuttstusykehus vil være mest attraktivt og gi et best grunnlag for å rekruttere det helsepersonellet vi trenger i framtida.

Dette støttes også av Legeforeningen, som mener at brede og robuste fagmiljøer er attraktive arbeidsplasser, og gir både stabilitet og god mulighet for rekruttering

Robuste fagmiljø gir større trygghet når det gjelder som mest

En studie fra St. Olav hospital i Trondheim viser at det i 80 % av tilfellene for akuttinnleggelser ikke er mulig for vakthavende lege å si om innleggelsen hører hjemme på en medisinsk eller kirurgisk avdeling.

Det er derfor avgjørende for pasienter som kommer til akuttmottakene at det raskt er multidisiplinære vaktteam tilgjengelig for rett diagnostikk og behandling. Nasjonal helse- og sykehusplan åpner for å bygge akuttstusykehus uten akuttkirurgisk beredskap, noe som kan friste enkelte til å vurdere to-sykehusløsning på Helgeland. Da vil bare ett av disse ha akuttkirurgi. Med det begrensede pasientgrunnetlaget som finnes på Helgeland vil dette etter vårt skjønn medføre en risiko for at vurderingskompetansen på akuttstusykehuset uten kirurgi blir for tynn, rett og slett fordi volumet av pasienter ikke blir stort nok. Det vil igjen medføre en økt risiko for forsinket diagnostikk ved innleggelse på akuttstusykehuset uten kirurgi, forsinket overføring til det store akuttstusykehuset og dermed også forsinket behandling. I verste fall kan det ha fatale konsekvenser.

Beslutningen Helgelandssykehuset og Helse Nord skal ta, vil påvirke oss som bor på Helgeland i mange tiår fremover. Da må de velge det alternativet som er det helsefaglig beste: Et stort akuttstusykehus på Helgeland.

Kirsten Toft

Kommuneoverlege

Alstahaug kommune

Hege Harboe-Sjåvik

Kommuneoverlege

Vefsn kommune

Jørgen Pedersen

Kommuneoverlege

Leirfjord kommune

Sinne Simony Marken

Kommuneoverlege

Vega kommune

Britt Blaunfeldt Petersen

Kommuneoverlege

Hattfjelldal kommune

Haakon Ljosland

Kommuneoverlege

Grane kommune

Audun Dyrhaug Hov

Kommuneoverlege

Herøy kommune

Rolv-Jørgen Bredesen

Kommuneoverlege

Sømna kommune

Even Thorkildsen

Kommuneoverlege

Brønnøy kommune

Robert Novak

Kommuneoverlege

Hemnes kommune

John Lockhart

Kommuneoverlege

Vevelstad kommune