

Innspill til ekstern ressursgruppe som utreder fremtidig sykehusstruktur på Helgeland

Kommuneoverlegene på Helgeland offentliggjorde i slutten av august sitt syn på hvordan spesialisthelsetjenesten på Helgeland bør utvikles. Vi representerer et bredt utvalg av helseforetakets leger, og vil med dette støtte kommunelegenes synspunkter.

Vårt viktigstebudskap er at Helgelandssykehuset nå har en enestående anledning til å beslutte en sykehusstruktur der befolkningen på Helgeland sikres en god, faglig og bærekraftig spesialisthelsetjeneste. En forutsetning er at det konkluderes med at de tre sykehusenhetene som i dag utgjør Helgelandssykehuset i framtiden samles til én sterk enhet.

Det bor i dag vel 78.000 mennesker på Helgeland. Stortinget har i Nasjonal Helse- og Sykehusplan anslått nedre grense for kirurgiske akuttinntak til 60-80.000.

Intensjonen med å starte et arbeid for å endre sykehusstrukturen var å samle tjenestene innenfor én institusjon. Initiativet kom fra oss i klinikken og bakgrunnen var at det gjennom de siste 20 årene har vært en massiv sentralisering av behandlingstilbudet for store pasientgrupper. Hvis vi ikke greier å samle oss om én felles institusjon, vil denne utviklingen fortsette inntil det ikke lenger er grunnlag for å opprettholde vaktberedskap i de store fagene heller. Helseforetakets utviklingsplan fra 2014 har gjort en grundig vurdering av dette og konkluderer med at ett sykehus er den beste løsningen. Nasjonal Helse- og Sykehusplan inneholder ingen momenter som gjør denne konklusjonen uaktuell.

Nasjonal Helse- og Sykehusplan legger opp til en sentralisering av kirurgiske akuttfunksjoner. Bakgrunnen er en erkjennelse av at utviklingen av kirurgien er slik at pasientgrunnlaget for å kunne opprettholde adekvat service er for lite i landets små akuttsykehus. Konsekvensen er at antallet kirurgiske akuttinntak må reduseres. Det er vanskelig politisk. For å berolige urolige ordførere har man derfor valgt å innføre «akuttsykehuset», der det skal være døgnbasert akutt indremedisin, planlagt kirurgi på dagtid og anestesilege i vakt. Tanken er at denne typen institusjoner skal ta unna en vesentlig andel av behovet for indremedisinske senger.

Akuttsykehuset markedsføres som en erstatning for fullverdige sykehusfunksjoner i områder med lang reisevei til stort akuttsykehus. Det man ikke vektlegger i vårt prosjekt er at befolkningens behov for kirurgiske akuttfunksjoner ikke dekkes i et slikt sykehus. I tillegg ser vi at utviklingen i indremedisin også krever større grad av spesialisering. For å kunne vurdere pasienter med brystsmerte på en optimal måte vil det i fremtiden være nødvendig å utstyre sykehuset med hjertemedisinsk kompetanse hele døgnet. I en befolkning som vår vil det være utenkelig å gjøre det på to steder. På samme måte vil det være bedre for en pasient med KOLS eller en alvorlig infeksjon å bli innlagt i et fullverdig sykehus enn i et uten intensivavdeling og mulighet for støtte fra kirurg, lungelege og hjertespesialist.

Vi har lang erfaring i hvordan det er å drive mindre sykehus. I 2007 ble den kirurgiske akuttberedskapen i Mosjøen fjernet og pasientene overført sykehusene i Sandnessjøen og Mo i Rana. Den indremedisinske akuttfunksjonen ble opprettholdt. Vi ser likevel at enhetene fortsatt er for fragmenterte til å bli lukrative nok. En rekke sykehus rundt om i landet har store rekrutteringsutfordringer, spesielt på legesiden. Våre kontakter blant yngre leger som er i ferd med å avslutte sitt legestudium, eller nettopp har startet sitt spesialiseringsløp, underbygger dette. Mange av dem med bakgrunn fra Helgeland gir klart uttrykk for at de gjerne kommer hjem for å jobbe dersom det besluttes en bærekraftig struktur for framtidens Helgelandssykehus, altså ett samlet sykehus. Dersom prosjektet ender opp med to eller flere sykehus, vil potensialet for å rekruttere nøkkelpersonell bli svekket.

Et nytt samlet Helgelandssykehus må suppleres med faglig sterke DMS i de områdene som ikke har sykehus. Disse må både inneholde desentraliserte poliklinikker og senger. Vi er overbevist om at det vil være enklere å rekruttere helsepersonell til DMS dersom de forankres i et sterkt fagmiljø ved et samlet Helgelandssykehus. En slik løsning åpner for rulling av alle grupper helsepersonell, til det beste for pasientene.

Den medisinskfaglige utviklingen går klart i retning av økt spesialisering, også i indremedisinske fag. Skal befolkningen sikres spesialisthelsetjenester av høy faglig kvalitet på Helgeland i femtiden, legges forholdene best til rette dersom fagmiljøene samles.

Prehospital selektering er ikke så enkelt som det kan virke på papiret. Det er et faktum at i flere helseforetak med mindre sykehus er det akutt pasienter som blir transportert til et annet sykehus enn der de skulle vært i henhold til funksjonsfordeling og Nasjonal traumeplan. Våre erfaringer bekrefter dermed Legeforeningens betenkeligheter knyttet til å skille indremedisinsk og kirurgisk akuttberedskap.

Fremtidens akuttmedisin vil for en stor del bli ivaretatt av ambulanspersonell, allmennleger og annet personell i primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil være mer sentralisert, men vil kunne bidra via velferdsteknologiske løsninger, telemedisin og kunstig intelligens. Dersom vi organiserer oss optimalt vil mye initial diagnostikk og oppstart av behandling kunne fjernstyres via digitale løsninger. Skal vi som helseforetak delta i denne utviklingen må vi samle ressursene våre i ett miljø.

Spørsmålet blir til slutt om det vil være etisk riktig og praktisk mulig å gi befolkningen inntrykk av at de får fullverdig spesialisthelsetjeneste i et sykehus som mangler så vesentlige elementer som det som skisseres under betegnelsen «akuttsykehus» i Nasjonal helse- og sykehusplan. Sjansen for at vi blir gjennomskuet er stor, og vi risikerer at løsningen bidrar til å øke en allerede betydelig pasientflukt. Når pasienttilgangen reduseres blir fagmiljøet mindre robust og muligheten for å rekruttere de beste fagfolkene vil forsvinne.

De siste årene har det skjedd mye på samferdselsområdet på Helgeland. Byggingen av tunell gjennom Korgfjellet og ny vei mellom Mosjøen og Sandnessjøen gir oss muligheten til å tenke nytt og framtidsrettet, fordi disse nye løsningene gir oss muligheten til å ivareta spesialisthelsetjenestens ansvar for akuttmedisin selv med ett sykehus.

Vi mener vår erfaring med dagens sykehusstruktur på Helgeland skulle det være mulig å trekke lærdom fra. Hvis den eksterne ressursgruppe planlegger etableringen av akuttsykehus uten fullverdig kirurgisk beredskap krever vi at man evaluerer de erfaringene man har med dette på Helgeland fra før av.

Vi representerer et flertall av helseforetakets leger. Vi vil med dette henstille til ressursgruppen om å bidra til at de tre enhetene på Helgeland samles til ett stort akuttsykehus.

Mvh

Leger ved Sandnessjøen sykehus:

Overlege:

Jaroslav Skrzypek (kirurg)

Martin Fjellsøy (kardiolog)

Per Arne Reinertsen (gynekolog)

Leszek Markiewicz (kirurg)

Runa Andreassen (nefrolog)

Piotr Foltynski (anestesilege)

Margit Steinholt (gynekolog)
Roar Sandøy (kirurg)
Gabor Nadas (anestesilege)
Elisabeth Benum (indremedisiner)
Inger Lise Haakstad (øre/nese/hals-lege)
Bjørn Engel (øre/nese/hals-lege)
Ulrikke Pester (øre/nese/hals-lege)
Hans Henrik Strøm (lungelege)
Hege Carlsen (kirurg)
Pavel Rajszyk (radiolog)
Svein Skolt (gastroenterolog)
Liv Einmo (gynekolog)

Lege i spesialisering 2 (LIS2)

Petter Dahle (LIS2 Kirurgi)
Ingeborg Steinholt (LIS2 Kirurgi)
Julie Syltern (LIS2 Kirurgi)
Martine Bjørnvold Larsen (LIS2 Kirurgi)
Stine Holm (LIS2 Kirurgi)
Devi Sundaram (LIS2 indremedisin)
Lihn Yen Nguyen (LIS2 indremedisin)
Ingemar Pedersen (LIS2 indremedisin)
Monica Storkjørren (LIS2 indremedisin)
Karoline Winther (LIS2 indremedisin)
Marius Berge (LIS2 indremedisin)
Andreas Berg Sellevold (LIS2 indremedisin)
Ingvild Lohne Frøyen (LIS2 gynekologi)
Trine Berg Sellevold (LIS2 gynekologi)
Kine Dybos (LIS2 anestesi)
Tina Nilsen (LIS2 anestesi)
Sindre Olaisen (LIS2 radiologi)
Lars Jakob Hope Rydsaa (LIS2 radiologi)

Lege i spesialisering 1 (LIS1)

Ebbe Grønvold (LIS1)
Christina Roos Hovland (LIS1)
Sigurd Nicolaisen (LIS1)
Nora Gisnås (LIS1)
Jon Olafsen-Bårnes (LIS1)
Helene Bjørnvold Heggheim (LIS1)
Mari Guldahl (LIS1)
Kristina Olafsen-Bårnes (LIS1)