

Gode helsetjenester er først og fremst avhengig av kvalifiserte og motiverte helsearbeidere, ikke nye bygninger av stål og betong plassert i et teoretisk geografisk midtpunkt.

Debatten rundt ny sykehusstruktur har på nytt tatt seg opp etter sommerdvalen. Vi noterer oss at mange hevder å ha svaret på hva som skal til for å rekruttere fagfolk til Helgeland. Dere snakker på vegne av oss og om vår fremtid, og vi finner det da rimelig å ha et ord med i laget.

Vi uttaler oss nå som leger i spesialisering (LIS), konstituerte overleger og sykepleiere som har startet spesialistutdanning innen ulike fagfelt - alle fra Helgelandssykehuset Mo i Rana. Noen av oss er ferdige spesialisert i løpet av 2018, enkelte er på videreutdanning ved større sykehus, mens andre har nylig startet sin spesialistutdanning. Felles for oss er at vi alle har tilknytning til Rana. Enten i form av å være oppvokst her, har ektefeller som kommer herfra eller har valgt å bosette oss permanent her av andre grunner. Vi er med andre ord personer med intensjon om å bli i Rana, forutsatt at vi i fremtiden har en *attraktiv* arbeidsplass å gå til.

Dagens struktur

Det er åpenbart utfordringer med dagens sykehusstruktur. Samtidig har Helgeland sårbare fagmiljøer, som vi ikke har råd til å miste gjennom en omstruktureringsprosess. Da må man bygge på det man har. Rana har, som eneste sykehus på Helgeland, døgnberedskap i de vaktfagene som helt sikkert vil være aktuelle for ett stort akutt sykehus (anestesi, kirurgi, gynekologi, ortopedi, indremedisin og delvis radiologi).

Helse Nord har ikke gitt noen indikasjoner på at Helgelandssykehuset skal få overført vaktberedskap innen flere fagområder ved en omstrukturering, kanskje med unntak av psykiatri. Det må i så fall skje ved å redusere pasientgrunnetil Nordlandssykehuset Bodø og evt. UNN Tromsø i de respektive fagområdene. Om sykehusstilbudet på Helgeland organiseres best med ett, to eller tre sykehus er et komplekst spørsmål. Fagmiljøene kan på ingen måte sies å være samlet i spørsmålet om ett modellvalg (inkludert oss selv), men vi ser alle behovet for sentralisering og større fagmiljøer.

Et felles sykehus for Helgeland vil dekke en befolkning på i underkant av 80 000. Dette er et sykehus på størrelse med Ringerike sykehus og mindre enn sykehuset i Levanger. Å tro at et slikt sykehus, kun i kraft av sin størrelse og med stort sett de samme funksjonene som i dag, vil fungere som en magnet på fagfolk *uavhengig* av hvor det legges er i beste fall naivt.

Pendling og arbeidsmarked

Vi er unge mennesker i ulike stadier av etableringsfasen med familie og hektiske dager med henting i barnehage, SFO, skole og fritidsaktiviteter på ettermiddagen. Samtidig har vi krevende jobber som innebærer turnus og vaktarbeid, hvor mange av oss jobber langt høyere timeantall enn en de fleste norske arbeidstakere. En fremtidig arbeidshverdag som i

tillegg innebærer lang pendlevei representerer dessverre ingen fremtid for oss. Da får vi småbyens ulemper med storbyens forbannelser – det stikk motsatte av hva vi søker i Rana.

Mange av oss har partnere som ikke jobber innen helsefag. Da er det viktig å bo på et sted med gode jobbmuligheter for både partneren og oss selv. Rana er på ingen måte universets sentrum, men vi opplever likevel å bo i en by med relativt bredt arbeidsmarked og personlige utviklingsmuligheter for både oss selv og partneren. Ett stort sykehus vil kreve langt mer enn en tomt i skogen. Det vil stille store krav til infrastruktur og ikke minst flere hundre relevante partnerjobber utenfor helsesektoren. Det er et faktum at størrelsen og variasjonen i arbeidsmarkedet har noe med byens størrelse å gjøre. Hvis vi i fremtiden blir stående overfor et valg mellom lang pendlevei eller flytting til et mindre sted med et mer begrenset arbeidsmarked, service- og kulturtilbud utenfor sykehuset, vil nok mange av oss forlate regionen. Det er en realitet beslutningstakere må forholde seg til enten de vil eller ikke.

Fagmiljøer

Gode helsetjenester er først og fremst avhengig kvalifiserte og motiverte helsearbeidere, ikke nye bygninger av stål og betong plassert i et teoretisk geografisk midtpunkt. Rekruttering og utdanning av fagfolk, og oppbygging av fagmiljø er et kontinuerlig arbeid som tar mange år, om ikke tiår. Å risikere de fagmiljøene vi allerede har er et meget dårlig utgangspunkt for å bygge fremtidens spesialisthelsetjeneste på Helgeland, og etter vår mening også et dårlig utgangspunkt for behandlingstilbudet for helgelendingene.

Hvis lokaliseringen av fremtidens sykehus innebærer en mindre attraktiv bo- og arbeidssituasjon for det største sykehusmiljøet på Helgeland vil det være en betydelig risiko for at nøkkelpersonell søker seg vekk fra regionen. Da risikerer vi også at funksjoner som i dag er lagt til Helgeland kan forsvinne ut av regionen. Da blir det vanskelig å utvikle og rekruttere et fagmiljø for fremtiden.

Til nå har debatten rundt sykehusstruktur i stor grad dreid seg om reisetidstabeller og endeløse diskusjoner om hvor det geografisk eller demografiske midtpunktet ligger. Dette er en avsporing fra hva som er hovedutfordringen for spesialisthelsetjenesten både på Helgeland og i Norge forøvrig; å skaffe nok kompetent arbeidskraft. Debatten burde i større grad fokusere på de helsefaglige kriterier, og vi mener det sterkeste helsefaglige kriteriet er nettopp sykehusets evne til å rekruttere og beholde fagfolk. For mange av oss står ikke valget mellom hvilken by på Helgeland man skal bosette seg i, men å komme hjem til Rana eller bli igjen i en større by utenfor regionen etter endt spesialisering.

Dette handler ikke om motforestillinger mot andre byer på Helgeland, men om rasjonelle valg basert på hva som er viktig for oss selv og de rundt oss. Våre preferanser er på linje med de fleste andre høyt kvalifiserte arbeidstakere i Norge. Med den konsekvens at vi representerer en mobil gruppe arbeidskraft, som uansett er nødt til å flytte flere ganger på veien til ferdig legespesialist eller spesialsykepleier. Hvor vi til slutt ender opp vil avgjøres av valgene som tas det neste året. For oss er mulighetene mange, det samme gjelder dessverre ikke for pasientene på Helgeland.

Susanne Herseth (Nyutdannet Anestesisykepleier), Anette Nyjordet (nyutdannet intensivsykepleier), Lotte Langseth (Anestesisykepleierstudent), Eileen O'Keeffe (Anestesisykepleierstudent), Cathrine Angell Brendberg (Kreftsykepleierstudent), Gry Johansen (Intensivsykepleierstudent), Morten Jensen (Intensivsykepleierstudent), Ingvild Naels Erlandsen (operasjonssykepleierstudent), Maiken Eliassen (Jordmorstudent), Morten Lysholm Steen (Overlege Ortopedi), Anders Bjellånes (konst. Overlege ortopedi), Thomasz Pietrzykowki (LIS Ortopedi), Veronica Hovind (LIS Ortopedi), Gard Stokke (LIS Ortopedi), Espen Andersen (LIS Ortopedi), Espen Straumbotn (overlege Ortopedi), Ola Breiland (LIS 1), Johanne Amundesen (LIS Kirurgi), Trine Rønnåbakk (LIS Kirurgi), Tobias Thorkildsen (LIS Gastrokirurgi), Stine Hagh Møller (konst. Overlege Radiologi), Ingrid Bjørkmo (konst. Overlege Radiologi), Adrian Beck (LIS Radiologi), Solveig Hagen (konst. Overlege Indremedisin), Miroslav Boskovic (konst. Overlege Indremedisin), Niels Hagh Møller (Konst. Overlege indremedisin), Ingrid Lindmark (LIS Indremedisin), Caroline Matejko (LIS Indremedisin), Brita Svarttjønneng (LIS indremedisin), Karoline Solvoll (LIS Indremedisin), Anja Skogen (LIS Gynekologi og Fødselshjelp), Marte Alterhaug (LIS Gynekologi og Fødselshjelp), Solveig Rogstad (LIS Gynekologi og Fødselshjelp), Tina Vollen (LIS Anestesi), Ellisiv Seines (LIS Anestesi), Tor Inge Johansen (LIS Psykiatri), Ida Aag (LIS Psykiatri) og Ida Møllersen Hallsteinsen (LIS Psykiatri).