

# *DMS (distrikts medisinsk senter) på Ål; Lokalsykehus/Nærsykehuset for ca. 35.000 beboere i Hallingdal.*

*Harald Nyberg*

*Distansen fra Ål i Hallingdal til Ringerike sykehus på Hønefoss: 140km.*

*Distansen fra Ål i Hallingdal til Buskerud sentralsykehus i Drammen: 160km.*

## *:: Befolkning i Hallingdal.*

*Befolkningen i Hallingdal, i 6 kommuner: Flå, Nes, Hemsedal, Gol, Ål og Hol, telle : 19.970 beboere.*

*I tillegg kommer turistene mellom anna skistedene Geilo og Hemsedalsom også er brukere av til spesialisthelsetjenesten på Ål.*

*::Beregnet gjennomsnittlig gjestedøgn ved hyttene i de 6 kommuner; 15.921hytter, 12.650 beboere pr.dgn.*

*Gjestedøgn ved hoteller, pensjonater og campingplasser (vinter-isolerte campingvogner som er plassert på fastleide plasser over flere år):*

*2016 på 1.3 millioner gjestedøgn, gjennomsnittlig 3.560 beboere pr.dgn.*

*Beregnet fastboende og beboere av gjestedøgn; 36.170 beboere.*

*Befolkningsvariasjon i Hallingdal vil være fra 30.000 til 50.000, sesongavhengig.*

*:: DMS (distrikts medisinsk senter) ved Nye Hallingdal sjukestugu(NHS);*

*: IMA ( intermediær-avdeling) med 20 intermediærsenger; F-/ I-/ E senger:*

*F - senger : Intermediærsenger til behandling før innleggelse i Stort Akuttsykehus.*

*I - senger : ---- «>>>>>----- til behandling isteden for innleggelse i Stort Akuttsykehus.*

*E -senger : -----«>>>>..... til behandling etter opphold i Stort Akuttsykehus.*

**Sengeavdelingen ved «Nye Hallingdal sjukestugu» (NHS) på 1450kvm, (2018):**

\* 20 somatiske IMS(intermediær senger); 10 senger til bruk for spesialisthelsetjeneste og 10 senger for primærhelsetjenesten.

\* Kostnader ved driften av sengeavdelingen for 2018 var 28.250 mill. n.kr., beleggspersent på ca.80%.

Ca.1000 innleggelser i løpet av 2018.

\*Totale kostnader ved drift av sengeavdeling, somatisk dagbehandling, ved medisinsk kliniske tjenester, ved spesialist-poliklinikken, og ved vedlikehold og rengjøring av NHS, beregnes årlig til ca. 55- 60 mill. n.kr.

**Medisinsk kliniske tjenester:**

: Somatisk sengeavdeling, inkl fysikalsk- og rehabiliteringstilbud

: Klinisk kjemisk laboratorium.

: Blodtappetasjon for blodgivere.

: Dialyseavdeling for nyrepasienter.

: Onkologisk poliklinikk/ cellegiftbehandlinger

: Velfungerende Rgt.avd. Rgt. og CT-bilder tolkes i løpet av minutter ved Ringerike sykehus

: Telemedisinsk kommunikasjon med Rikshospitalet.

: Spesialistpoliklinikken dekkes av 15 medisinske spesialister; noen ansatt ved NHS, andre kommer i

1 - 2 ukers turnus fra Ringerike sykehus og Drammen sykehus.

: Psykiatrisk poliklinikk for voksne og BUP

Bilambulansbase og Luftambulansbase for indre Sør- Norge

**Somatisk dagbehandling med 1 år drift ved NHS, Ål.**

= Dialyse behandling ::

875 behandlinger.

= Onkologi/Kreftbehandling :: ca. 300

-----«>>>»-----

=Røntgen og CT avd., digitalt til avd. Ringerike sykehus. :: ca. 5.000 -----

<<>>-----

= Blodbanken :: ca.

800 blodgivere

= Hastefødsler :: ca.

3-5 pr. år.



*Beregningene årsverk, vil i betydelig grad være integrert i tjenester mellom sengeavdelingen og poliklinisk spesialisthelsetjeneste.*

### ***Tap av medisinsk fagkompetanse for Helgeland.***

*Det må være riktig av Representantskapet i Fagforbundet Nordland å bry seg om sykehusstruktur og sykehuslokalisering. De bør imidlertid ikke ved sitt makt-fellesskap og posisjon, kreve plass sammen med operativ kirurg i operasjonsstua. Ingen innen helsetjenesten bidrar til «noe galskap» for omsorg, liv og helse for pasienter. I et lite land som Norge er vi alle i familiær nærhet til hverandre. Sykehusstruktur og plassering av sykehus for behandling av syke mennesker, bør ikke gi prioritering for næringsutvikling, arbeidsplasser og samfunnsbygging. Feil sykehusstruktur og feil sykehusplassering vil medføre svekket pasientgrunnlag og føre til tap av kompetanse for kvalitetsbygging innen spesialistfunksjoner på Helgeland.*

*Ved fritt sykehusvalg, vil pasienter reise forbi sykehus med manglende kompetanse til sykehus med høyere fagnivå.*

*Det vil medføre til 4 DMS, «4 små sykehus» på Helgeland, som betjenes av reisende spesialister fra Bodø og fra Trondheim.*

*Dette bedømmes kanskje for beboerne i Rana som en gevinst, når de må avstå fra å få bygd et hoved sykehus i Rana.*

*Med en slik løsning annonserer ordfører Waage i Rana, en besparing for helgelendingene på «milliardinvesteringer» og på «spart totaløkonomi på avstander, transport, tid, miljø og kostnader».*

*Enten er ordfører Waage en magiker eller så har han ikke peiling.*

*Det burde være kjent for han at medisinsk fagarbeid koster penger; budsjettet for spesialistbehandling*

*inne medisin, kardiologi, nyre-urinveis sykdommer, lungemedisin, mage-tarms sykdommer, kreftsykdommer, slag og akuttkirurgi ved fler-organ lidelser, vil pr.år koste like mye som bygging av nytt milliardsykehus.*

*Ved tap av fagsterkt Helgelandssykehus for 80.000 helgelendinger, og med tap av fagmiljø for spesialistutdannelse og utdannelse av medisinske fagarbeidere innen medisinske fagområder og kirurgi, vil pasientene være utsatt for alle de belastninger som ordf. Waage vil spare penger på. Helsebudsjettet vil få massive*

*kostnader for å gi pasienter «et verdig liv» etter tap av helse ved sykefrakter for behandling til Bodø eller til Trondheim.*

*Nasjonale driftskostnader for spesialisthelsetjeneste i Norge for 2018, ble regnet til 27.100,- n.kr. per beboer.*

*For 80.000 helgelendinger beløper kostnadene seg til 2.17 milliarder.*

*Penger som ordf. Waage sender til Bodø og til Trondheim når syke helgelendingene rekker frem for behandling der.*

*Hva koster tap av liv og helse, ved å sabotere bygging av stort akutt Helgelandssykehus lokalisert til området hvor helgelendingene har kortes mulig reisetid, til Tovåsen.*

*Hvem tar på seg helseregninga og regninga for pasientenes tap av liv og helse??*

*Hvem tillater å sammenligne sykehus på linje med industribygg for næringsutvikling og arbeidsplasser, fremfor Institusjon for behandling av syke mennesker? ?*

### ***Fatal 2-delt sykehusløsning.***

*En visjon som vil være den dyreste sykehusmodell for Helgeland, og gi den svakeste medisinskfaglige omsorg og behandling for pasienter; og samtidig bidra til den sterkeste miljøbelastende sykehusløsningen for Helgeland.*

*Det vil kreves flere spesialister for et svekket befolkningsgrunnlag og fordobling av teknologisk utstyrspark for 2 mindre sykehus og for 2 DMS (distrikts medisinske senter). Forverret*

*miljøbelastning forsterkes ved kryssende sykefrakter mellom lokalsykehusene og sekundærtransport til fjernere sykehus med sterkere fagkompetanse i Bodø og i Trondheim.*

*Alternativ til dette scenario vil være bespart totaløkonomi ved avstander, transporter, tid og pasient- helse, om sykefrakt går til **Stort Akuttsykehus på Tovåsen**; den korteste reiseavstand til sykehusbehandling for 80.000 helgelendinger.*

### ***Sykehusets Kjernevirksomhet***

*I dag kreves det at prosjektorganisasjonene gjennomfører en systematisk planlegging og bygging av helse – og sykehusbygg. Det savnes imidlertid krav for systematisk evaluering av resultatene. En type evaluering er å følge metodene*

for Post Occupancy Evaluation(POE). Det er viet liten oppmerksomhet til hvordan ferdigstilte sykehusbygg fungerer for brukerne og hvordan det virker inn på organisering av virksomheten. Hvordan virker det nye sykehuset inn på kjernevirksomheter som det var tiltenkt; gir det trygghet for pasienter, bidrar det til utvikling av spesialisthelsetjenester, gir sykehuset medisinsk omsorg og styrker Helgelandssykehuset medisinsk forskning.

## *Helgelandssykehuset på Tovåsen*

*Med Stort Akuttsykehus på Tovåsen, vil det være tilstrekkelig med et DMS i Rana og et DMS i Brønnøysund.*

*Stort Akuttsykehus på Tovåsen vil være Nærpsykehus for en Region Helgeland, mellom Innland og Helgelandskysten; bestående av 2 byer og 3 tettsteder med en befolkningstilhørighet på 29.404 beboere, bosatt i Mosjøen, Sandnessjøen, lærestedet Nesna og på Hemnes med reisetid til Tovåsen på innen < 35min.*

*61.973 beboere, 83% av helgelendingen vil rekke sykehuset på Tovåsen innen <60min; innen The Golden Hour.*

*Ambulansetider for helgelendingene til Helgelandssykehuset, vil være bedre enn nasjonalt registrerte ambulansetider til sykehusbehandling (tall som er vist og publisert tidligere). Regionen Helgeland vil være et bolig-, arbeids-, og markedsregion med øket økonomisk aktivitet ved Multiplikatoreffekt og Agglomerasjonseffekt.*

*Helgelandssykehuset vil for regionen bli en sentral arbeidsplass for 1.500 – 2.000 ansatte, og følgelig påvirke en trafikal endret infrastruktur for flytrafikk (fra Mosjøen og Sandnessjøen),*

*togforbindelser (tilknyttet Nordlandsbanen ca. 9min fra Tovåsen ) kysttrafikk og pendlende rutetrafikk mellom byer og tettsteder.*

*Eneste vilkår for sykehus på Helgeland, er at det planlegges og bygges et Stort Akutt Helgelandssykehus for 80.000 helgelendinger, sentralt og riktig lokalisert for beboerne på Helgeland.*

*Alternativt vil bli at Region Helgeland får 4 DMS , lokalisert til Brønnøysund, Rana, Mosjøen og Sandnessjøen; med vikarstafett av spesialister fra Bodø, Tromsø og Trondheim.*

*Mo i Rana vil over tid få anledning til å drifte et ortopedisk sykehus.*

**#####**

