



Nordland legeforening

DEN NORSKE LEGEFØRENING

Narvik, den 28. februar 2019

Høringsvar Helgelandssykehuset 2025

Nordland legeforening (NLF) viser til rapport fra ekstern ressursgruppe lagt fram 03.12.18 vedrørende framtidig sykehusstruktur på Helgeland.

Konklusjonen fra gruppa er at det mest framtidsrettede vil være å samle all akuttmedisin på Helgeland i et stort sykehus. Videre råder ressursgruppa at sykehuset bør legges til Mo i Rana. Argumentene for lokalisingsvalget er i all hovedsak at gruppa mener at det vil være lettere å rekruttere personell til Helgelands største by. Alternativ 2 er at et felles akuttisykehuset legges til Sandnessjøen.

På styremøte i Nordland legeforening 25.02.19 ble følgende vedtatt:

Modell:

NLF støtter ressursgruppas valg av modell; at all akuttmedisin på Helgeland samles i et felles stort sykehus. Dette samsvarer med utvikling innenfor de medisinske fagfeltene samt Legeforeningens nasjonale sykehusplan.

NLF vil påpeke at rapporten i liten grad omhandler pasienter innenfor rus og psykiatri. Disse pasientene er blant de aller svakeste og sårbare, og slik situasjonen er i dag, må personer som trenger tvangsinnleggelse, fraktes i timevis med politieskorte til Bodø. NLF forventer at dersom Helse Nord og Helgelandssykehuset skal bruke flere milliarder kroner på ny sykehusstruktur, må det psykiatriske døgntilbudet bygges som en integrert del av spesialisthelsetjenesten for Helgelands befolkning.

Lokalisering:

Nordland legeforening kan ikke støtte ressursgruppas forslag om å legge et framtidig felles akuttisykehus til Mo i Rana. En slik plassering vil medføre at de pasientene på Helgeland som

allerede i dag har lengst reisevei til sykehus, får økt transporttid på minst en -1 - time. De har per i dag en reisevei på ca 1 -3,5 timer. Dette gjelder befolkningen i kommunene Vevelstad, Brønnøy og Sømna samt øykommunene Vega, Herøy, Dønna, Lurøy og Træna. Fra Sømna til Mo i Rana er det 270 km. Det 40 km lenger enn avstanden mellom Mo i Rana og Bodø. Felles for disse kommunene er at raskeste transportmetode (bortsett fra helikopter) til dagens sykehus i Sandnessjøen er ambulansesebåt.

Pasientlekkasje:

Legges akuttisykehuset helt nord på Helgeland, må man regne med en relativt stor pasientlekkasje til Helse Midt. Allerede i dag er det mange pasienter som foretrekker behandling ved St Olav i stedet for UNN ved behov for kreftbehandling og andre mer spesialiserte helsetjenester. Pasientgrunnetil UNN Tromsø er lite sammenliknet med andre universitetsklinikker, og Helse Nord må unngå at en større del av Helgelands befolkning velger å benytte behandling i Helse Midt.

Kvinnesykdommer, fødselsomsorg og pediatri:

Rapporten fra ressursgruppa berører i liten grad føde, pediatri og gynekologitilbudet i et nytt sykehus. NLF vil påpeke at ved å ha ei felles fødeavdeling ved et nytt sykehus, vil en kunne utvide tjenestetilbudet for kvinner og barn på Helgeland. Ei fødeavdeling med ca 700 fødsler per år gir grunnlag for etablering av barneavdeling. Da kan en del risikogravide som i dag selekteres til Nordlandssykehuset, kunne føde mer lokalt. I tillegg vil et større kollegium med barneleger øke den pediatriske tilbudet og tilgjengeligheten for alle barn på Helgeland.

Rekruttering:

Ressursgruppa har valgt å fokusere på urbanitet som et viktig moment for rekruttering til et framtidig nytt Helgelandssykehus. Styret i NLF mener at forskjellene mellom byene på Helgeland i beste fall er marginale. Et nytt felles akuttisykehus der alle fagområder samles innenfor somatikk og psykiatri, vil gi et så attraktivt faglig miljø at det i seg sjøl er rekrutterende - uavhengig av hvor sykehuset plasseres.

Tilgjengelighet:

Hovedpoenget med et nytt felles sykehus på Helgeland må være at spesialisthelsetjenestene skal være mest mulig tilgjengelig for flest mulig av innbyggerne. Da må et slikt sykehus plasseres noenlunde midt i regionen slik Helse Sørøst resonerte da det nye Sykehuset Innlandet ble vedtatt lagt til Mjøsbrua.

Distriktsmedisinske senter/ DMS:

Disse pasientene er blant de aller svakeste og sårbare, og slik situasjonen er i dag, må pasienter som trenger akuttinnleggelse for psykisk sykdom, fraktes i timevis i ambulansesebåt, til Bodø eller som tilfellet er nord for Tysfjorden, til Tromsø. Ofte er politieskorte nødvendig. I enkelte situasjoner, for eksempel når transport er vanskelig tilgjengelig, kan pasienter med akutt psykisk sykdom risikere å bli lagt

inn i medisinsk avdeling eller måtte vente på legevakt eller legekontor med politivakt. Dette er ikke er en god løsning."

Ressursgruppa anbefaler en modell med opptil tre distriktsmedisinske senter i tillegg til et felles sykehus på Mo i Rana. NLF vil bemerke at dette vil øke behovet for nøkkelpersonell som leger, jordmødre, radiografer og spesialsykepleiere. Utstrakt ambulerer krever et visst overskudd av personell dersom ikke virksomheten ved modersykehuset skal svekkes. NLF kan ikke se at dette er problematisert i tilstrekkelig grad i rapporten.

NLF anbefaler en modell med et akuttisykehus sentralt/ midt på Helgeland + to distriktsmedisinske sentre i hhv Brønnøysund og Mo i Rana. Sør-Helgeland har allerede i dag relativt godt tilbud ved at spesialister fra Helgelandssykehuset ambulerer til Brønnøysund. Dette gjelder barnesykdommer, kvinnesykdommer, hjertesykdommer, kirurgi og røntgen/ ultralyd. Når det planlagte DMSer er ferdigstilt, vil det være mulighet for å utvide tilbudet gitt at Helgelandssykehuset har et tilstrekkelig antall legespesialister slik at ambulerer er praktisk gjennomførbart.

Mo i Rana er Helgelands største by, og det er viktig at det akuttmedisinske tilbudet er forsvarlig dersom det nåværende sykehuset flyttes. NLF mener at den såkalte «Alta-modellen» viser at et godt utbygd DMS kan sikre befolkninga gode og trygge tjenester i de tilfellene innleggelse ikke er nødvendig. Det sikrer også diagnostisering og stabilisering før evt overflytting til høyere behandlingsnivå.

Avtalehjemler:

Mo i Rana har et så stort befolkningsgrunnlag at Helse Nord kan opprette avtalehjemler for legespesialister i byen. Det kan være et attraktivt alternativ for leger som ikke lenger ønsker eller kan gå i vaktbærende turnuser eller delta i utstrakt ambulerer. Pasientgrunlaget for avtalehjemler er mindre i Sandnessjøen og Brønnøysund.

Konklusjon:

Nordland legeforening anbefaler modellen med ett akuttisykehus, inkludert både somatikk og psykiatri, på Helgeland.

NLF støtter ikke at nytt hovedsykehus skal legges til Rana fordi dette reduserer tilgjengelighet for 20 % av pasientene i betydelig grad.

NLF anbefaler et akuttisykehus plassert sentralt på Helgeland; dvs sør for Korgfjellet. I tillegg bør det være to DMSer i henholdsvis Brønnøysund og Mo i Rana.

Med vennlig hilsen

For styret i Nordland Legeforening

Nordland Legeforening, Mørkvedsenteret 17, 8028 Bodø Telefon +47 755 44911
www.nordland-legeforening.no Org.nr. NO 975535738

Bernard Holthe (sign)

Kontaktinfo:

bernardholthe@icloud.com

Telefon: 911 65 650