

## **Høringssvar fra Anette Fosse, fastlege og sykehjemslege i Mo i Rana, seniorforsker ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin**

Ressursgruppas rapport er mangelfull når det gjelder en rekke viktige forhold, og gir ikke grunnlag for å konkludere hverken om modell eller lokalisering.

Styrevedtakene i Helgelandssykehuset HF 14/12 2018 og i Helse Nord RHF 19/12 2018 legger til grunn at det skal gjennomføres ytterligere analyser av følgende forhold før det kan tas en beslutning:

- Psykisk helsevern og TSB.
- Fødetilbudet.
- Konsepter for desentralisert tilbud i DMS tilpasset forholdene på Helgeland, herunder tilbud til kronikere og skrøpelige eldre.
- Samhandling med kommunenes helsetjenester, herunder felles rekrutteringsutfordringer
- Helhetlig helsetilbud i helseregionen.
- Konsepter for å ivareta øybefolkningens tilgjengelighet til tjenester
- Vurderinger rundt utvikling av prehospital medisin, herunder muligheter for å flytte diagnostikk ut.
- Vurderinger av teknologisk utvikling, både knyttet til transport med fly og helikopter, velferdsteknologi og fjerndiagnostikk.
- Alternativskillende økonomiske forhold.

Jeg støtter disse vedtakene, og har følgende tilleggs kommentarer:

### 1. Ett sykehus?

Flere forhold taler for ett sykehus til om lag 80 000 mennesker: økende spesialisering, vaktbelastning, rekruttering, sterkere fagmiljø og mulighet for et bredt, samlet sykehusstilbud til Helgelands befolkning. I et område med korte avstander og uproblematisk transport ville dette være det åpenbart riktige svaret. På Helgeland har vi imidlertid spredt bosetting, lange avstander, kronglete geografi og mye vær. Ett sykehus på Helgeland betyr at det må bygges opp avstandskompenserende tjenester i form av DMSer og avansert transport, samt sterkt utvidete oppgaver for førstelinjetjenesten. Rapporten har i liten grad beskrevet disse tjenestene, hverken faglig innhold, rekruttering, utstyr, ambuleringsbehov eller økonomiske forhold. Det er derfor ikke mulig å avgjøre om det er realistisk eller ønskelig å satse på en ett-sykehusmodell, uavhengig av om sykehuset plasseres i Rana eller i Sandnessjøen (eller «sentralt på Helgeland sør for Korgfjellet»).

### 2. To sykehus?

Rapporten har ikke utredet en to-sykehus-modell. Med Helgelands geografi, vær og demografi er det mye som taler for at det er nødvendig å ha sykehus med akuttfunksjoner både på kysten og på innlandet. En modell med to omtrent jevnstore akuttsykehus i Rana og Sandnessjøen med fornuftig funksjonsfordeling vil gi om lag 40 000 innbyggere pr sykehus for generelle lokalsykehustjenester, og fortsatt 80 000 innbyggere for funksjonsfordelte tjenester. Lokalsykehusene i resten av Helse Nord er typisk små lokalsykehus med akuttfunksjoner i indremedisin, kirurgi og fødetilbud som dekker 30-50000 innbyggere (Narvik, Harstad, Lofoten, Vesterålen, Hammerfest, Kirkenes). Fra å være konstant nedleggingstruet gjennom en årrekke har Helse Nord

de siste årene satset på disse sykehusene med nybygg og faglig utvikling slik at de kan fortsette å utvikle gode, nære lokalsykehusstilbud til folk. Dette viser at en to-sykehusmodell på Helgeland vil være helt i samsvar med sykehusstrukturen i resten av Helse Nord, og vil kunne gi et moderne, framtidsrettet sykehusstilbud til befolkningen. For Helse Nord og lokalsykehusene i Nord Norge vil en slik struktur kunne gi synergieffekter både når det gjelder fagutvikling og utdanning.

3. Utdanning av fagfolk til lokalsykehus

Helse Nord m/underliggende helseforetak har et særskilt ansvar og en særskilt mulighet til å utvikle utdanning av helsepersonell og framtidsrettet kvalitet i små lokalsykehus med generelle akuttfunksjoner. Dette understøttes av at de nye spesialistreglene for leger opprettholder generell indremedisin og kirurgi som grunnsteinene i spesialiseringen, basert på en erkjennelse av at generalistkompetanse faktisk er nødvendig i sykehusene for å kunne yte multisyke pasienter helhetlige tjenester. Det betyr at indremedisinere og kirurger har generell vaktkompetanse også i fremtiden. Arbeid i lokalsykehus vil bidra til å opprettholde denne kompetansen parallelt med grenspesialistutdanning. Helse Nord bør, i samarbeid med Helgelandssykehuset, Finnmarkssykehuset og lokalsykehusdelene av UNN og Nordlandssykehuset, satse på en god og målrettet videre- og etterutdanning for leger, sykepleiere og annet nøkkelpersonell som jobber i lokalsykehus, der planlagte rotasjonsordninger til UNN og Nordlandssykehuset for kompetansebevaring inngår i en forutsigbar struktur.

4. Samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og lokalsykehuset er grunnsteinen i en sammenhengende helsetjeneste til befolkningen på Helgeland. Velferdsteknologi, avstandsoppfølging, videokonsultasjoner og andre teknologiske nyvinninger vil endre mange av arbeidsmåtene, og kan bidra til både desentralisering og sentralisering. Mange akutte og kroniske tilstander vil kunne håndteres i hjemmet, i kommunal institusjon eller prehospitalt. Noen tilstander skal rett til universitetssykehus. Men de fleste skal håndteres på lokalsykehusnivå når det trengs sykehustjenester. Rapporten har ikke beskrevet konsekvenser for primærhelsetjenesten på Helgeland, og det er ikke gjort vurdering av kompetanse, kapasitet, økonomi eller rekruttering til kommunale helse- og omsorgstjenester som følge av endringer i sykehusstrukturen på Helgeland. Det er derfor ikke mulig å ta stilling til rapportens konklusjon.