

Åpent brev til styret i Helgelandssykehuset vedrørende Helgelandssykehuset 2025

Med stor bekymring har vi kommuneoverleger lest Hulda Gunnlaugsdottirs innstilling til styret, gjeldende spesialisthelsetjenestetilbudet til den fremtidige helgelendingen. Saken har vært utredet siden 2013, og er endelig forløst i det som presenteres å være en faglig fundert styresak. Som medisinfaglige rådgivere og leger stiller vi store spørsmålsteget med den faglige forankringen av det som nå framlegges som den beste løsningen for den framtidige spesialisthelsetjenesten på Helgeland.

Administrerende direktør innstiller på en modell med to sykehus og to store distriktsmedisinske sentre, DMS. Ett stort akuttsykehus, «hovedsykehuset og det faglige nav», skal plasseres helt nord i regionen, i Rana kommune. Det skal som allerede bestemt opprettes DMS i Brønnøy, og i Mosjøen erstattes dagens sykehus også med et DMS. I Sandnessjøen foreslås det å opprette et såkalt «akuttsykehus», og på tross av at dette ikke er hverken diskutert eller utredet hittil i prosessen, har nå administrerende direktør definert innholdet i dette «akuttsykehuset». Sandnessjøen skal ha medisinske akuttfunksjoner, fødeavdeling og planlagte operasjoner i kontortid mandag til fredag. Man velger altså å gå mot alle faglige råd og skille akuttfunksjonene på det lille akuttsykehuset. Dette betyr at Sandnessjøen sykehus ikke lengre kan ta imot kirurgiske akutt pasienter, og at pasienter som har vært utsatt for ulykker, traumer, blødninger og skader ikke lengre skal behandles ved Sandnessjøen sykehus. Hvordan fødeavdelingen skal opprettholdes som i dag uten en akutt kirurgisk vaktberedskap er for oss krevende å forstå, og vi tror det bare er et tidsspørsmål før fødeavdelingen i Sandnessjøen lider samme skjebne som fødeavdelingen i Mosjøen.

Sandnessjøen sykehus skal imidlertid ha akutt mottak for medisinske tilstander, som forverring av KOLS, hjerte- og nyresvikt. *Ingen* fagmiljø mener det er hensiktsmessig å dele medisinsk og kirurgisk akuttfunksjoner. Å skille medisinsk og kirurgisk akuttberedskap utgjøre en stor pasientrisiko, og er potensielt livsfarlig. Motivasjonen for å dele akuttfunksjonene er økonomi. Kirurger er dyre å ha i døgnkontinuerlig vaktberedskap. Legeforeningen advarer sterkt mot utviklingen av akuttsykehus med delte akuttfunksjoner, og vedtok enstemmig en resolusjon mot dette i 2015. Anbefalingen fra administrerende direktør går altså imot den faglige anbefalingen til 97 % av landets leger.

Pasienter kommer ikke med diagnoselappen festet i pannen. I akutte situasjoner kan det være svært krevende å vurdere hva som feiler pasienten. En studie fra St. Olav hospital i Trondheim viser at det i 80 % av tilfellene for akuttinnleggelser ikke er mulig for vakthavende lege å si om innleggelsen hører hjemme på en medisinsk eller kirurgisk avdeling. Den faglige bekymringen for å dele opp den medisinske kompetansen ved sykehusene, er nettopp frykten for at pasienter legges inn ved feil sykehus når fagmiljøene deles, og at pasientene får forsinket eller mangelfull behandling som følge av en slik feilinnleggelse. All erfaring med akuttsykehus uten kirurgisk vaktberedskap viser at disse sykehusene i praksis ikke fungerer, og at slike sykehus i noen tilfeller blir pasientfeller. Derfor er traumeteam på store akuttsykehus faglig bredt sammensatte, med både kirurgisk og medisinsk kompetanse. Ved Sandnessjøen sykehus skal det etter direktørens plan ikke lengre være kirurger i vakt. Dette vil medføre alle uavklarte akutte tilstander vil måtte sendes til Mo i Rana for innleggelse. I praksis legges akuttfunksjonene ved Sandnessjøen sykehus ned, og Mo i Rana blir da akuttsykehuset for hele Helgeland.

Innstillingen til administrerende direktør innebærer at pasienter fra Sør-Helgeland får blant Norges lengste avstander til sitt akutt sykehus. Eksempelvis vil avstanden til akutt sykehuset for en pasient fra Sømna bli på over 4 timer. I styresaken bagatelliseres denne avstanden, og de «prehospitale» tjenestene fremheves som svar på problemet; «sykehuset skal komme til pasientene». Prehospitale tjenester betyr direkte oversatt fra medisinsk språk «før-sykehus»-tjenester. Det er altså per definisjon den behandlingen som skjer *før* pasientene kommer til sykehus. Dette er viktige tjenester med mange faglig flinke og dedikerte medarbeidere som helsevesenet er helt avhengige av. Men i de aller fleste tilfeller er de mye omtalte «prehospitale tjenestene» en kommunal legevaktslege i samarbeid med to ambulanséfagarbeidere med fagbrev i ambulansefag fra videregående skole. Dette *kan* og *skal* ikke erstatte akutteam og akuttmedisinske prosedyrer på akutt sykehus når tid er avgjørende for pasientutfallet.

Helikopter trekkes i anbefalingen fram som «redningen» for Sør-Helgeland når det haster som mest. Og ambulanshelikopteret er viktig for beredskapen. Det transporterer pasientene raskt og har med seg en anestesilege som er en kjærkommen spesialistkompetanse for kommunale legevaktsleger i utfordrende situasjoner. Imidlertid er helikopteret en usikker ressurs. Vinterstid er regulariteten på Helgeland svært lav, under 40 % vinterstid ved flyvninger fra kyst til innland. Sømna ligger som kjent ved kysten, mens Mo i Rana har innlandsklima. Det betyr at statistisk vil 6 av 10 akuttransporter med ambulanshelikopter fra Sømna vil bli kansellert, og den eneste muligheten pasienten har for å komme fram til sitt akutt sykehus er å kjøre de 4 timene og 12 minuttene det tar med ambulansebil fra Sømna til Mo i Rana. Dette tilsvarer en kjøretid omtrent fra Gardermoen til Kristiansand.

Er pasienten likevel heldig og ambulanshelikopteret kan fly Sømnapasienten til Rana sykehus, tar dette faktisk 42 minutter i ren flytid. Flytiden er altså drøye 10 minutter kortere enn kjøretiden for en Rana-pasient i ambulans til et alternativt stort akutt sykehus på Tovåsen. Til sammenlikning er flytiden fra Sømna til Namsos sykehus, som ligger i kystklima og dermed har høyere helikopterregularitet, 28 minutter, og en kjøretid med bil på omtrent 3 timer. Det medisinfaglige forsvarlige for Sør-Helgeland vil altså være å bli trøndere, dersom administrerende direktørs forslag til ny struktur på Helgeland vedtas. En økende pasientlekkasje fra Sør-Helgeland inn i Helse Midt vil være medisinsk nødvendig dersom anbefalingene fra administrerende direktør vedtas.

DMS i Brønnøy er et flott og kjærkomment tilskudd til spesialisthelsetjenestetilbudet på Sør-Helgeland. Men et DMS gir ingen trygghet i akutte situasjoner. Et DMS er for planlagt behandling i kontortid i arbeidsuken. Men DMSet i Brønnøy skal også inneholde den allerede eksisterende fødestua i Brønnøysund. Med et akutt sykehus plassert på Mo i Rana vil denne fødestua få det faglig mer krevende enn i dag. Ved uforutsette komplikasjoner som morkakeløsning og svangerskapsforgiftning, vil de fødende i Brønnøy ha behov for rask overføring til et akutt sykehus med kirurgisk akuttberedskap. Med akutt sykehuset plassert på Mo i Rana, vil akuttberedskapen for fødestua i Brønnøy i store deler av året være utilgjengelig.

Som medisinfaglige rådgivere i kommunene kan vi ikke godta at akutttilbudet til Helgelendingene blir så til de grader skjevfordelt som administrerende direktør legger opp til i sin anbefaling til styret. Alle Helgelendinger har krav på forsvarlige tjenester. Tryggheten om å få riktig behandling når det virkelig haster er en forutsetning for likeverdige helsetjenester.

Vi mener at anbefalingen fra administrerende direktør som nå forelegges styret står i kontrast til dette, der befolkningsmindretallet nord i regionen tilgodeses med optimale helsetjenester, på bekostning av befolkningen på Helgeland generelt, og Sør-Helgeland spesielt. Vi kan ikke nå, eller i fremtiden, akseptere at akuttberedskapen for Helgeland lokaliseres til utkanten av vår region. Vi mener framlagt modell med et stort og et akuttsykehus ikke er en faglig god og trygg løsning for pasientene i regionen. Framtidens store akuttsykehus med fullverdige akuttfunksjoner må plasseres sentralt på Helgeland.

Helgeland 25.11.19

Underskrifter:

Kommuneoverlege i Bindal, Trond Iversen

Kommuneoverlege i Sømna, Rolv-Jørgen Bredesen

Kommuneoverlege i Brønnøy, Even Thorkildsen

Kommuneoverlege i Vega, Sinne Marken

Kommuneoverlege i Vevelstad, John Lockhart

Kommuneoverlege i Herøy, Audun Dyrhaug Hov

Kommuneoverlege i Alstahaug, Kirsten Toft

Kommuneoverlege i Leirfjord, Jørgen Pedersen

Kommuneoverlege i Vefsn, Hege Harboe Sjøvik

Kommuneoverlege i Grane, Haakon Ljosland

Kommuneoverlege i Dønna, Heidrun Stene

Kommuneoverlege i Nesna, Ilka Heiskanen

Kommuneoverlege i Træna, Lawrence Rajakumar

Kommunelege 2 og stedfortreder for kommuneoverlege i Hattfjelldal, Natalia Madsen