

# ***Alternativer; Et stort akuttsykehus for Helgeland eller ingen Helgelands-sykehus***

*Harald Nyberg*

*Direktør Hulda Gunnlaugsdottir har, 20.nov.då., levert til styrebehandling, fra administrasjonen ved Helgelandssykehuset HF i Rana, en uhildet anbefaling om sykehusstruktur og sykehuslokalisering på Helgeland:*

*To-delt sykehusstruktur, med verdisatsning for «likeverdighet»??  
**Stort Akuttsykehus i Rana**, for å gi helsetjenester for nærmere 1/3-del av beboerne på Helgeland;*

***Lite Akuttsykehus i Sandnessjøen** er tiltenkt å yte helsetjenester for 2/3-del av beboerne på Helgeland, med kortest reisetid til Sandnessjøen.*

*Av dem kommer 21.274 beboere, 27% helgelendingene fra Sør-Helgeland, Brønnøysund, Sømna og Helgelandskysten (Befolkningsdata fra 20.mai 2019).*

***2 DMS; til Brønnøysund og til Mosjøen.***

*Ved betraktning av verdighet for befolkningen på Helgeland, bør det av -Helse- og Omsorgs Departementet-, kreves en god forvaltningsprosess for sikker primærhelsetjeneste og sykehustjeneste for helgelendingene. Konsekvensene av det som er lagt frem 20.nov.då. er helsepolitisk uforståelig fravær av ansvar og etterrettelig kødding av trygghet for liv og helse for beboerne på Helgeland.*

*Dette skjer med en prosess der det ble forventet at alle data skulle lede til et balansert dokument for god og trygg primær- og spesialisthelsetjeneste for befolkningen. Produktet som er lagt frem, fremstår mer som resultat av kopping av arbeids-prosessen over mange år, i samhandling med -«nøytral?» sykehusadministrasjon i Rana, krysset med lokalpolitiske særinteresser, for næringslivs interesser, for regionsbyggere og for politiske – og fylkespolitiske organisasjoner. For en befolkning med bosetning og næringslivsaktivitet på kysten og på innlandet, er direktør Hulda Gunnlaugsdottirs fremlegg, mer et dyptgripende tillitsbrudd for trygt liv og helse for beboerne på Helgeland.*

***Det bør forventes en konsekvens for det avvik som hennes fremlagte arbeid representerer.***

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

*Ingen innen helsetjenesten bidrar til «noe galskap» i omsorg for liv og helse for pasienter. I et lite land som Norge er vi alle i familær nærhet til hverandre og kjenner vår krise ved sykdom og tap blant vår familie, våre barn, naboer og slekt.*

*Sykehusstruktur og plassering av sykehus for behandling av syke mennesker, bør ikke gi prioritering for næringsutvikling, arbeidsplasser og samfunnsbygging.*

*Feil sykehusstruktur og feil plassering av sykehus, vil medføre til 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 vikarstafetter av spesialister fra Bodø og fra Trondheim.***

### ***Fagarbeid koster penger.***

*Med vikarstafetter, annonserer ordfører Waage i Rana, en besparing for helgelendingene for «milliardinvesteringer» og for «spart totaløkonomi på avstander, transporter,på tid, miljø og andre 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 for helgelendingene kreve like stor investering som bygging av nytt milliardsykehus for Helgeland. Ved tap av fagsterkt Helgelandssykehus for 80.000 helgelendinger, og med tap av fagmiljø for spesialistutdannelse og utdannelse av medisinske fagarbeidere, 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 lange syketransporter for behandling til Bodø eller til Trondheim.*

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

**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 til 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? ?**

## **U-verdig og U-tilstrekkelig helsehjelp med 2-delt sykehusløsning.**

**En visjon om «2-delt sykehusløsning for Helgeland», vil være den dyreste sykehusmodell for Helgeland, bidra til den svakeste medisinskfaglige omsorg og behandling for pasienter; og samtidig være den sterkeste miljøbelastende sykehusløsningen for beboerne på 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 og tidstap ved kryssende syketransporter mellom lokalsykehusene og for sekundærtransporter til sterkere fagkompetanse i Bodø og i Trondheim.**

**Alternativ til dette senario vil være spart totaløkonomi ved avstander, transporter, tid og pasient- helse, ved reise til Stort Akuttsykehus på Tovåsen; den korteste reiseavstand til sykehusbehandling for 80.000 helgelendinger.**

**To sykehus – modell for Helgeland, vil ikke gi noen – likeverdighet- mellom et sentrumshospital i Rana og et kysthospital i Sandnessjøen.**

## **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 og oppfølgende konsekvenser. En type evaluering er å følge metoder fra Post Occupancy Evaluation (POE). Det vies 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 miljø for medisinsk omsorg og vil Helgelandssykehuset styrke 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 Nærsykehus for en Region Helgeland, mellom Innland og Helgelandskysten. En Region bestående av 2 byer og 3 tettsteder med en befolkningstilhørighet på 29.404 beboere, bosatt i Mosjøen, Sandnessjøen, Leirfjord, lærestedet Nesna og på Hemnes med reisetid innen < 35 min til Helse-Institusjonen på Tovåsen.**

**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 ( kai for ambulansebåt og ferje lokalisert 5 min fra Tovåsen) 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 for ca. 15 medisinske og kirurgiske spesialister fra Bodø, Tromsø og Trondheim.**

**Mo i Rana vil over tid kunne drifte et ortopedisk sykehus.**

**#####**