



– Et historisk sted med nye muligheter

Møte med Helgelandssykehuset

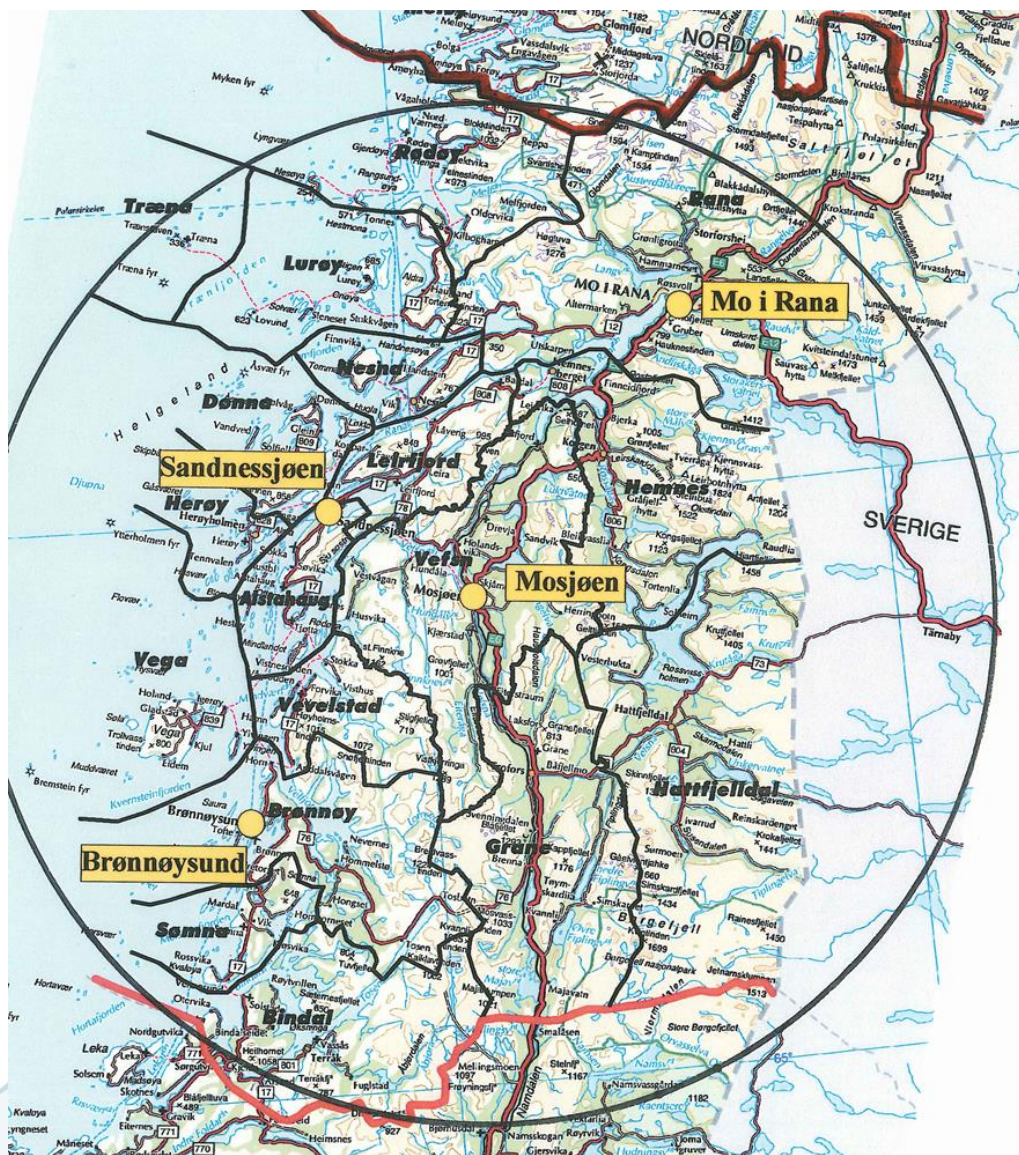
21.8.2019



Agenda

- Videre fremdrift og prosess Helgelandssykehuset 2025
- Felles utfordringer for Alstahaug kommune og helseforetak
- Betydningen av gode samarbeidsrelasjoner

Helgelandssykehuset 2025



Prosessten må gi en
framtidstrettet,
tilgjengelig og
moderne
spesialisthelsetjeneste
til hele Helgelands
befolkning.

Pasientsikkerhet framfor «minste motstands omvei»

- Må etablere en framtidsrettet struktur
- To fullverdige akuttsykehus er ikke i utredningsmandatet fra Helse Nord
- Fagmiljøene fraråder 2b-1
- Lite attraktivt og farlig for pasientene
- Lite attraktivt for helsepersonell
- Robuste fagmiljø for rekruttering og utdanning
- Om kort tid står Helgeland igjen med ett sykehus er vår spådom dersom to sykehus blir endelig resultat



Struktur på Helgeland



- Finnmark 45.000 km² og 75.000 innbyggere
- Helgeland 18.000 km² og 78.000 innbyggere

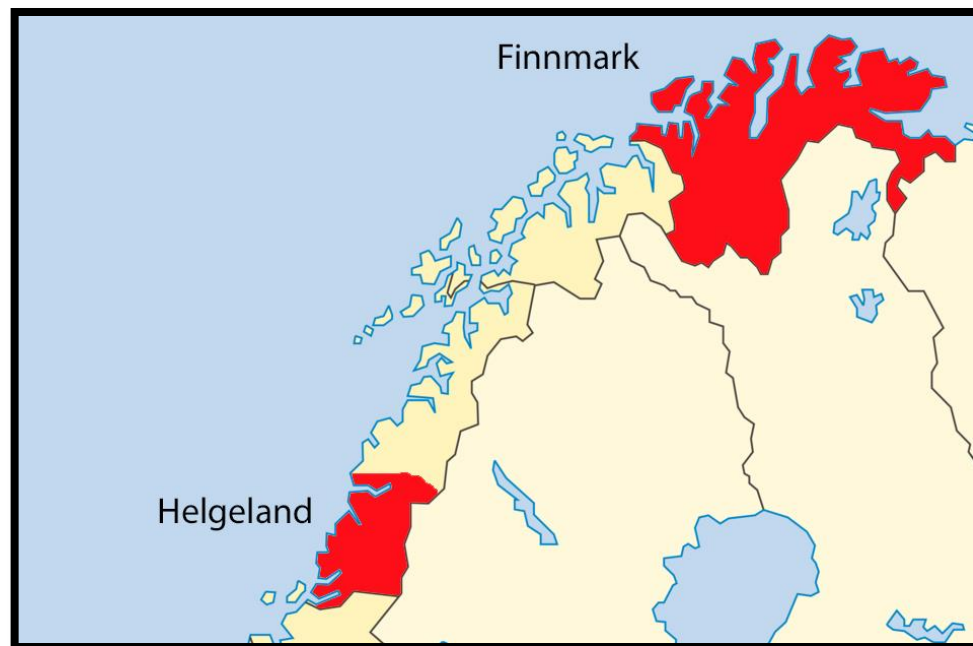
DMS i Brønnøysund skal behandle 80 % av de elektive pasientene på Sør Helgeland. I dag behandles flesteparten av disse ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen eller Namsos.

Hva blir innholdet i Sandnessjøen ved en tosykehusmodell?

Er det realistisk med akuttfunksjoner med fødeavdelinger ved to sykehus på Helgeland?

Er det faglig forsvarlig med akuttfunksjoner og fødeavdelinger ved to sykehus på Helgeland?

Det finnes i dag ikke en eneste utredning eller rapport som peker på to sykehus som den beste løsningen for Helgeland



«UNN er det mest sårbare sykehuset man har i Nord-Norge, og helseforetaket er helt avhengig av pasientmassen som finnes i Nord-Norge. Vi trenger hver eneste pasient. Reiser flere i sørlige del av landsdelen sørover, vil det kunne utgjøre en utfordring»

Lars Vorland, styremøte Helse Nord 13.12.17

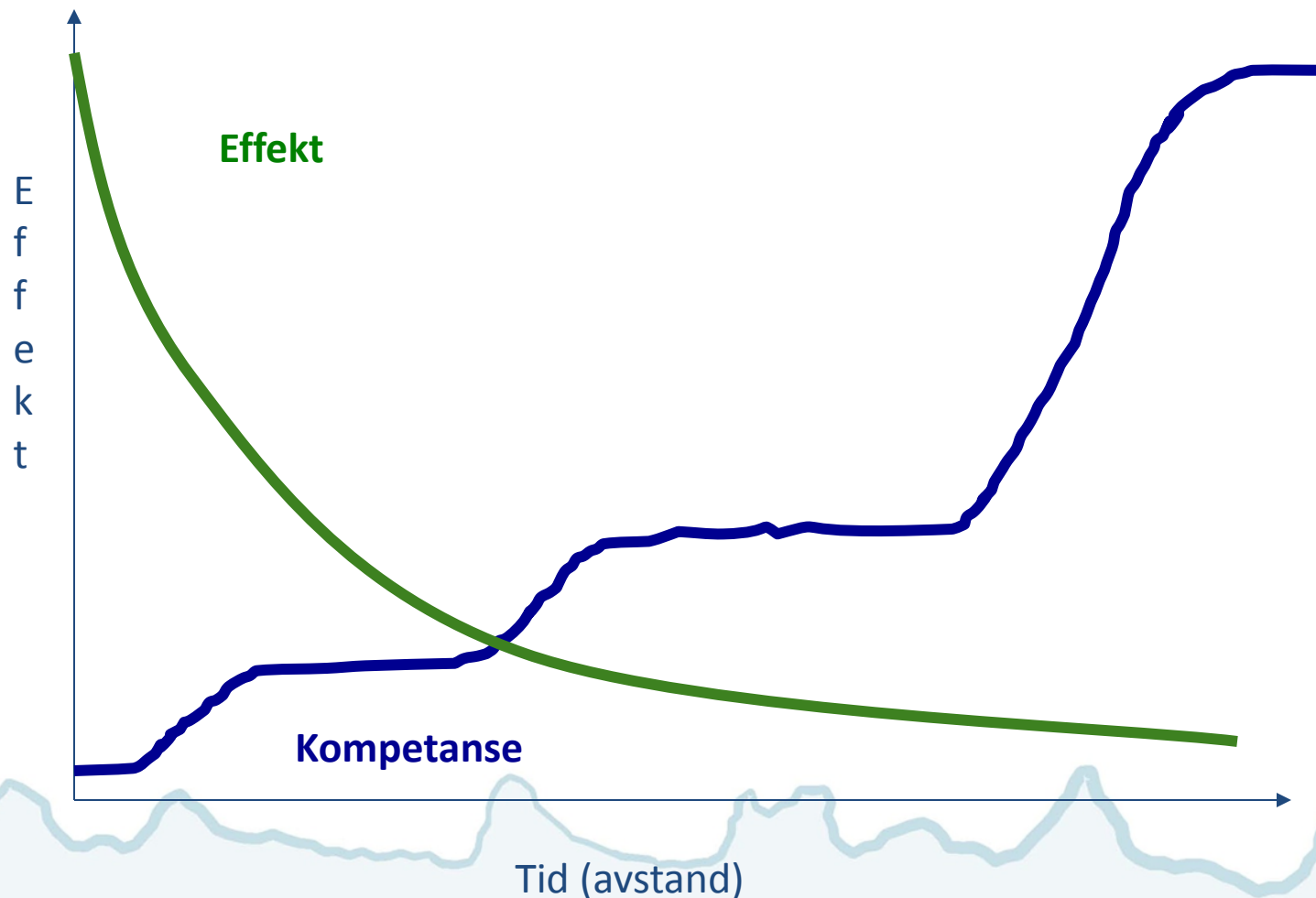
10% av pasientgrunnlaget kan forsvinne til andre helseregioner

“Økt pasientflukt til andre helseforetak gir dårligere kompetanse og kvalitet i Helgelandssykehuset”

- Akuttsykehus i Mo i Rana gir betydelig økt reiseavstand for store deler av Helgeland.
- I 2017 ble ca 20% av samlet behandlingsvolum, 17800 behandlinger, utført på pasienter med mer enn 2 timers reisevei fra Mo i Rana
- Risikerer å miste 9000 planlagte behandlinger pr år, en reduksjon på mer enn 10% fra i dag. Dette vil også påvirke kompetanse og kvalitet ved sykehuset.
- Evt. tap av sykehusfunksjoner som følge av færre behandlinger kan også redusere muligheten for å opprettholde videreutdanning for leger.



Organisering av akuttmedisinsk kompetanse



Reisetid i akutte tilfeller

«Det er uforsvarlig å legge så lite vekt på gjennomsnittlig reisetid og reisetiden for dem som bor lengst unna sykehuset. En slik vektlegging skaper en urimelig forskjellsbehandling som ikke innebærer lik rett til helsetjenester, uavhengig av hvor på Helgeland pasienten er bosatt»

- Det må vektlegges at alle innbyggere på Helgeland må få en forsvarlig reisevei
- Sykehus i Mo i Rana vil gi svært lang reisevei for mange innbyggere –for mange mer enn tre timer!
- Dette vil gi en av Norges lengste reiseveier til akutt sykehuset
- Det er bare innbyggerne i Rana som får kortere vei til et sykehus i Mo i Rana enn et sykehus på strekningen Mosjøen-Sandnessjøen
- *Et likeverdig tjenestetilbud foreligger når personer som etterspør helsetjenester har samme mulighet til å skaffe seg helsetjenester uavhengig av bosted*



Reisetid i akutte tilfeller 2/2

«Et vedtak om sykehuslokalisering i Mo i Rana må ikke gjemme seg bak en falsk trygghet knyttet til helikoptertransport»

- Ressursgruppa synes å mene at lang reisetid til sykehus ikke er farlig, grunnet helikopter og stabilisering på DMS
- Helikopter er bare et supplement til bil- og båt-ambulanse
- Det vil være mange situasjoner der helikopter er utilgjengelig
- Vær er en betydelig utfordring på Helgeland, og det er utfordringer knyttet til å fly fra kyst til innland om vinteren
- Ingen små ambulanshelikoptre i verden har avisingsutstyr i dag, og det er ikke sikkert de vil få det i fremtiden heller
- Det finnes ingen DMS i Norge som har akuttfunksjoner eller stabiliserende funksjoner.
- Det foreligger ikke planer i dag for at DMS i Brønnøysund vil få slike funksjoner.
- Det vil være krevende å sikre bemanning til et døgntilgjengelig stabiliserende tilbud på DMS
- Å bygge et nytt sykehus i Mo i Rana gir uforsvarlig beredskap for mange innbyggere på Helgeland



Interimsperiode

Mangelfull vurdering av interimsperioden

Interimsperioden er tiden fra beslutning om ny sykehusstruktur til sykehuset er i drift, og vil pågå over flere år.

Fire påstander/argument vi vil utfordre:

- Mo i Rana har det største fagmiljø
- Ansatte må flytte om akuttsykehuset blir lokalisert et annet sted enn der de bor i dag. Naturlig avgang ikke nevnt.
- Ambulering til DMS vil bli tidkrevende og utfordrende, også i en interimsperiode.
- Strukturdebatten i Møre og Romsdal og Finnmark kan sammenlignes med Helgelandsstrukturen

	Sandnessjøen og Mosjøen	Mo i Rana
Antall ansatte totalt	787	605
Antall ansatte overleger	51	35
Antall ulike fagspesialiteter	19	13
Antall leger i spesialisering (LIS)	32	26
Antall turnusleger/LIS 1	19	13
Antall spesialsykepleiere	107	81

“

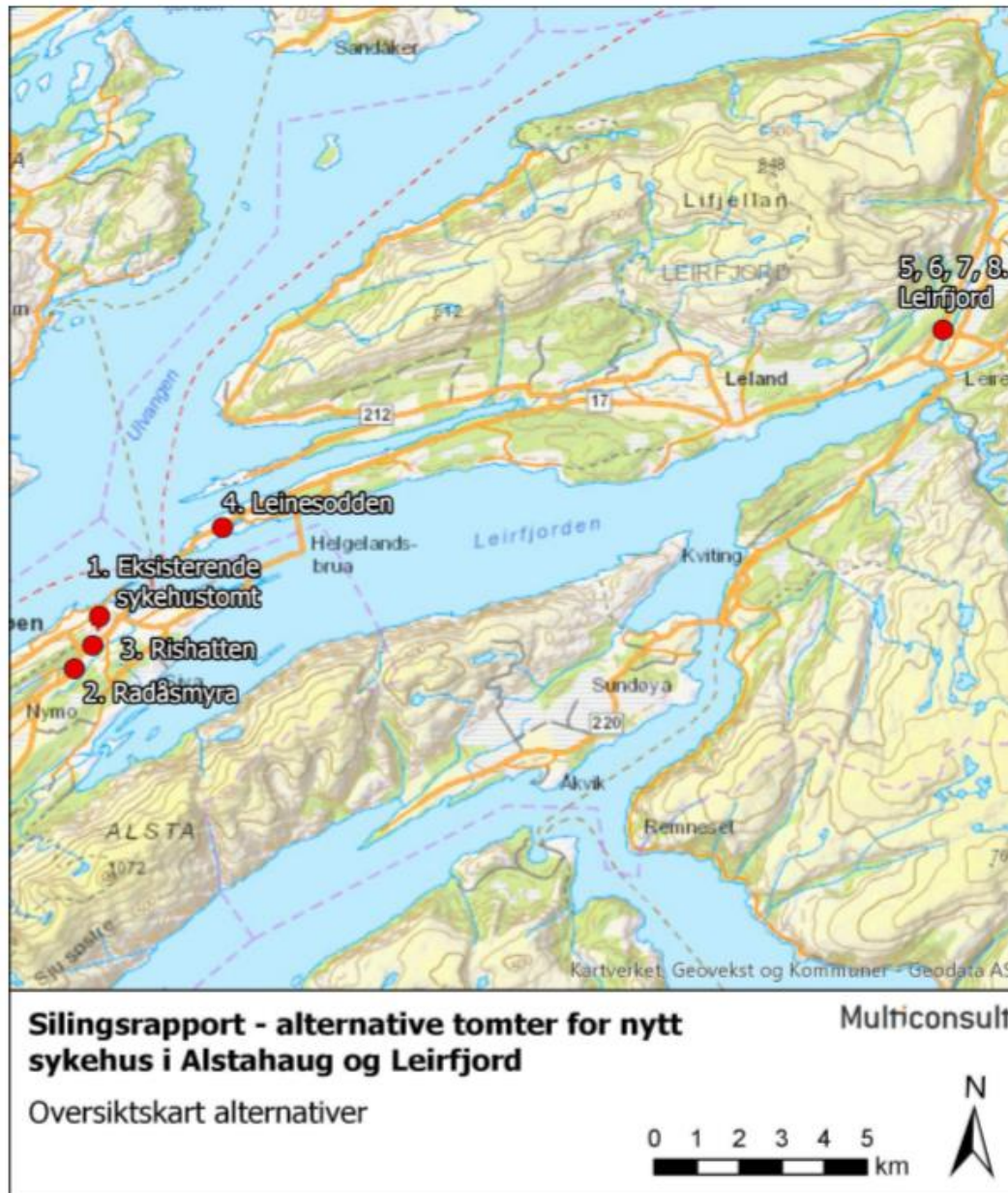
Ressursgruppens vurdering er således at risikoen for en forvitring av fagmiljøene i interimsperioden er minst ved en etablering av stort akuttsykehus i Mo i Rana.

Proessen

- Tilbakevendende og økende bekymring rundt prosessen
- Ingen opplevelse av reell medvirkning
- Transparens?

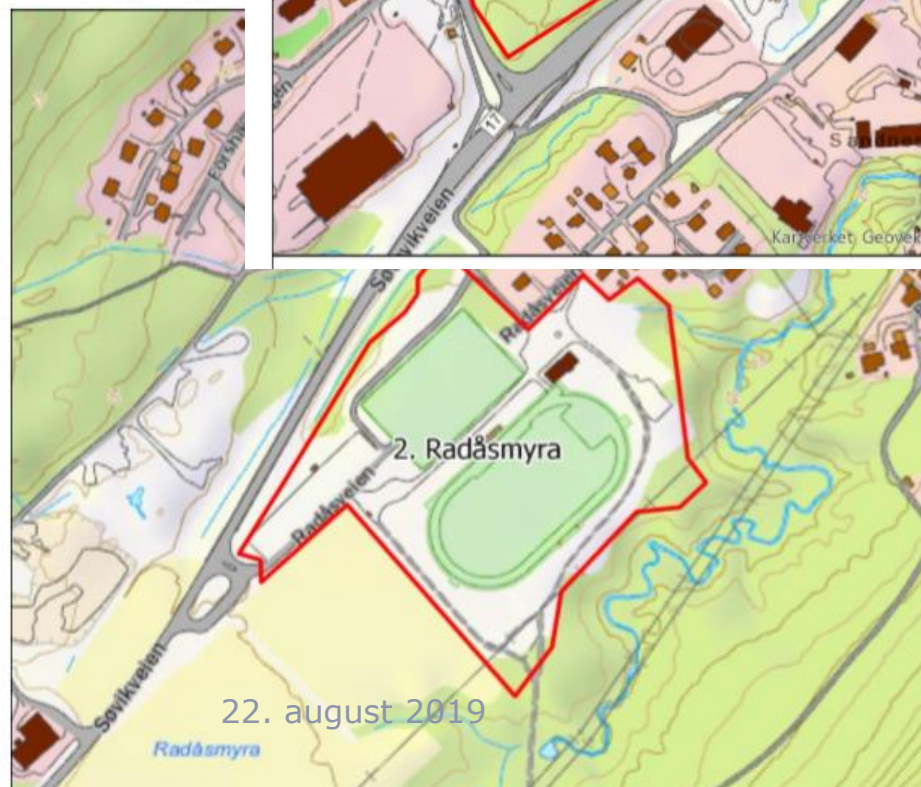


Flere gode tomtealternativer



Rishatten og Radåsmyra





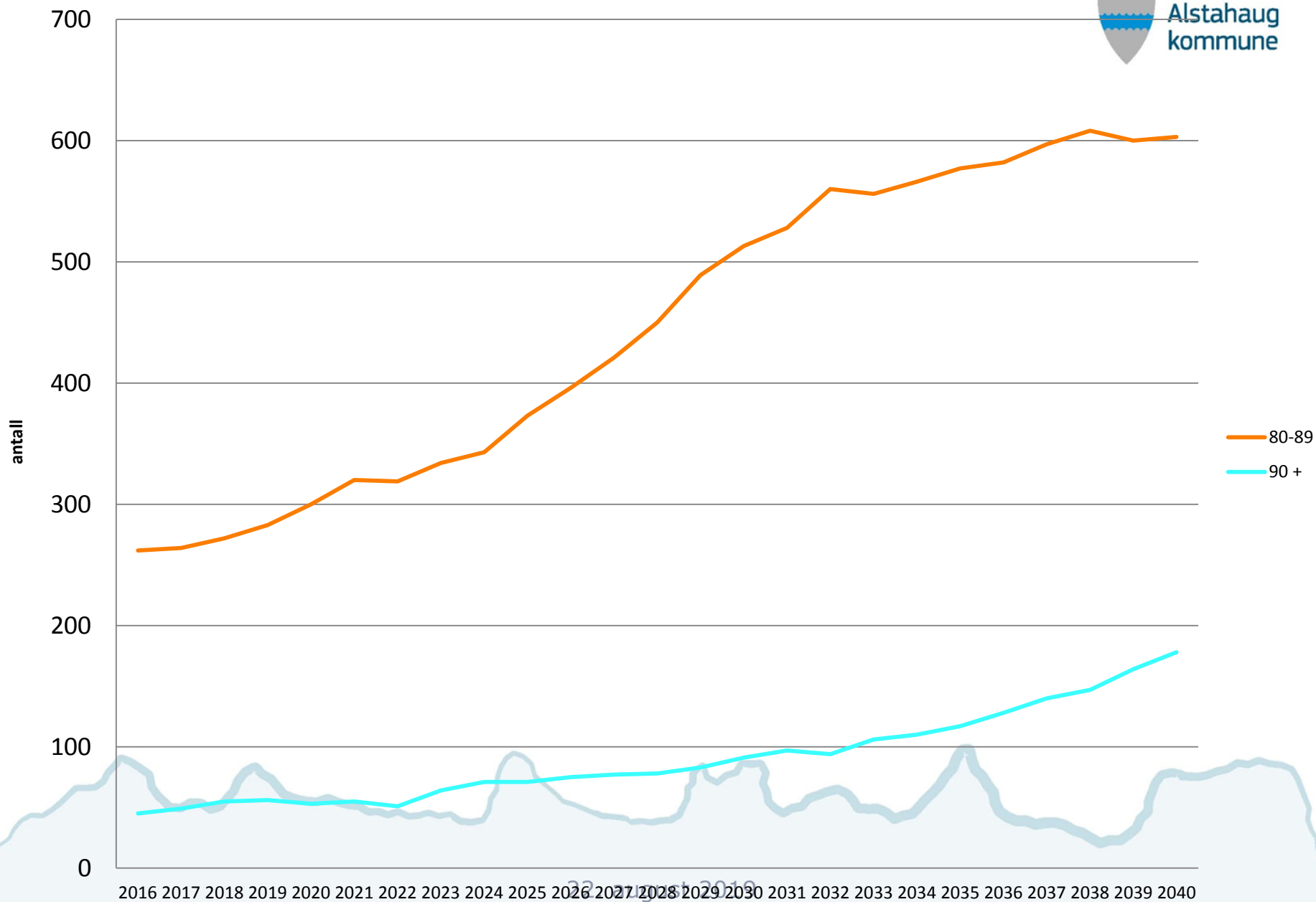
Felles utfordringer

Tabell 1. Befolkningsframskriving 2019 til 2040 (MMMM) Alstahaug kommune

	2019	2025	2030	2035	2040
0-15 år	1327	1278	1240	1213	1185
16-19 år	586	327	340	319	314
20-44 år	2 221	2 202	2 141	2 062	1 973
45-66 år	2 204	2 107	2 064	2 011	1 654
67-79 år	1 004	1 137	1 118	1 172	1 259
80-89 år	265	369	525	594	617
90 år og eldre	52	79	87	120	178
Totalt	7 659	7 499	7 515	7 491	7 180

Kilde: SSB

Befolkningsutvikling i Alstahaug i aldersgruppen 80-89 og 90+



Samhandling mellom foretaket og kommuner

Sykehusene og kommunene må gå fra å være partner til å bli partnere.

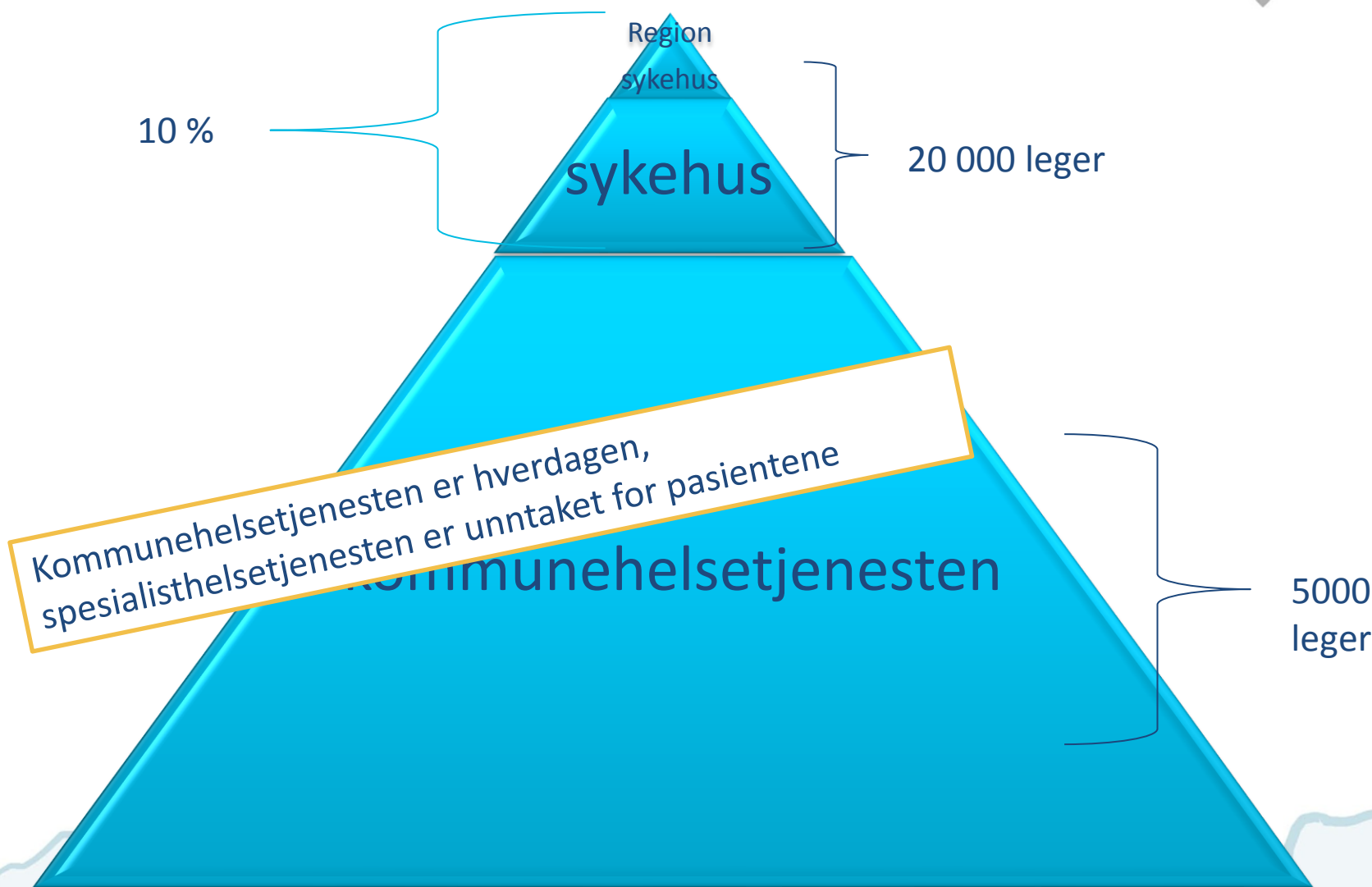
Samhandling omfatter mer enn vertskap for kommuner som skal ha DMS og akuttsykehus, og må omhandle mellom annet:

- Helhetlig og gode pasientforløp
- Prehospitale tjenester
- Helsemessig og sosial beredskap
- Omstilling mot mer effektive helsetjenester
- Fordeling av pasienter med endret sykdomsbilde
- Rekruttering og utdanning av helsepersonell
- Velferdsteknologi

Hvordan skal Helgelandssykehuset ivareta dette dersom ny struktur ikke har legitimitet i kommunene?



«alt henger sammen med alt»





- Flere pasienter
- Sykere pasienter
- Mindre «hjelp» fra sykehus
- Lite rehabiliteringsplasser
- Psykiatri

22. august 2019

Takk for oppmerksomheten



22. august 2019