

Høringsinnspill: Forsvarlig drift ved Helgelandssykehuset

Jamfør mandat 3.3.

Innspillet kommer fra: Sømna kommune

Dato: 12.12.2024

Innsending til: postmottak@helgelandssykehuset.no

Selve premisset for høringen er ett sykehus på to forskjellige lokalisasjoner. Med dette utgangspunktet så vil det etter vår mening ikke være mulig å oppnå noen av de primære målene. Et oppstykket og geografisk delt lokalsykehus kan ikke garantere pasientsikkerhet, pasienttilfredshet, høy faglig kvalitet med robuste fagmiljø eller en forsvarlig økonomi.

De fleste pasienter på Helgeland må reise lange avstander for å få tilgang på ulike helsetjenester. To-sykehusmodellen vil fungere dårligst for dem som bruker sykehuset mest, nemlig de eldste pasientene, kronikere og pasienter med kreft. Ofte vil kirurgiske og medisinske problemstillinger opptre parallelt og må sees i sammenheng. Et lokalsykehus som samler alle spesialitetene under ett tak, vil møte pasientens behov. Flere reiser mellom to sykehus er stein til byrden for den som allerede er svekket på grunn av sykdom. Somatiske støttefag som øye, øre-nese-hals, nevrologi og plastisk kirurgi bør være på samme sted. For å kunne utnytte disse ressursene til inneliggende pasienter og unngå unødvendig reising mellom lokalisasjonene.

En psykiatrisk døgnavdeling bør være sammen med den somatiske delen av sykehuset. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser trenger også somatisk utredning. Den såkalte C-L-psykiatrien er den delen som jobber med psykiske lidelser ved somatisk sykdom. Å samlokalisere psykiatri og somatikk er framtidsrettet og vil bidra til en helhetlig tilnærming. Vanlige årsaker til akutt innleggelse i psykiatrien er knyttet opp mot rus. Ved intoksikasjoner og usikkerhet om pasienten hører hjemme i somatikken eller psykiatrien, så er en slik samlokalisering hensiktsmessig. Akuttenhet døgnpsykiatri i Mo i Rana skaper utfordringer for Sømna i forhold til avstand og samtidighetskonflikt med ambulanse. Dette må vurderes i forbindelse med akuttmedisinsk beredskap.

To-sykehus-modellen er heller ikke egnet til å skape robuste fagmiljø. Den geografiske oppsplittingen gir ikke ro til å bygge opp et kollegium av sykepleiere, leger eller andre faggrupper. På samme måte som 3-sykehusmodellen har ført til utrygghet om framtidens sykehusmodell, så vil denne 2-sykehusmodellen være en midlertidig løsning. Et sykehus som har samlet alle funksjoner under ett tak vil være mye bedre i stand til å dra veksler på ulike fag- og kompetansemiljø.

Svakheten i 2-sykehusmodellen viser seg på flere måter. Det er snart fem år siden forrige strukturvedtak fra Helse Nord og daværende helseminister Bent Høie i 2020. Lite er gjennomført, bortsett fra endeløse diskusjoner mellom fagmiljø, politikere, interesseorganisasjoner og lokale media. I stedet for å sette søkelys på faglighet, så har debatten blitt fullstendig politisert. I årene før 2020 så var det tunge faglige innspill som pekte i retning av en ett-sykehus-modell for Helgeland. At en liten befolkning med under 80.000 innbyggere skal forholde seg til to oppsplittede og små fagmiljøer er ikke noe godt utgangspunkt for å oppnå noen av de primære målene.

Det er befolkningsnedgang og aldring i distriktskommuner på Helgeland. Dersom helseforetaket ønsker å være framtidsrettet, så må den forventete befolkningsutviklingen være styrende: en eldre befolkning innebærer flere med behov for spesialiserte helsetjenester. Og andelen av befolkningen som kan og vil jobbe i helsesektoren går ned. Verken demografisk utvikling på Helgeland eller økonomien i helseforetaket taler for å spre ressursene man har på to lokalisasjoner. Dersom økonomi og faglig robusthet er viktig, så bør en snarest bort fra en 2-sykehus-modell.

Høringsnotatet starter med en forutsetning, at *“akuttmedisinsk beredskap er ivaretatt prehospitalt”*. Tidskritiske tilstander skal håndteres raskere enn før. Befolkningen i grise- og fjellstrøk skal ha samme mulighet til å overleve alvorlig sykdom som dem som bor sentralt. I dag opplever Sømna at bilambulansen blir forsøkt flyttet ut av vår kommune. Dette i en tid da prosjektet «Trygg akuttmedisin» rulles ut i hele Helse Nord. Når sykehuset er langt unna, så blir det prehospitale leddet desto viktigere. Befolkningen på Sør-Helgeland trenger å ha en trygghet om at de får hjelp ved akutt sykdom. For å kunne yte en trygg akuttberedskap i regionen må prehospitale tjenester, til dømes ambulansetjenesten, bemannes tilstrekkelig med kompetente fagpersoner. Dette gjelder særlig for Sømna kommune, som er langt unna sykehuset. Krav til responstid for ambulanse / first responder må overholdes, og det må derfor være en ambulanse stasjonært i kommunen. Vi er enig i at sykehusets akuttmottak, kommunen og prehospitale tjenester må arbeide godt i lag. Å satse primært på kommunale tiltak som brannvesenet som first responder, selvhjelp ved kursing av innbyggerne i førstehjelp og spredning av hjertestartere i kommunen samt økt bruk av daglegevakt må imidlertid være et supplement for, men ikke en erstatning av akuttberedskapen. I planleggingen må det også i større grad tas hensyn til geografiske forhold og været. Pr i dag er det altfor lav dekningsgrad for luftambulansen, og Sør-Helgeland har lange avstander og vanskelige kjøreforhold.

Videre beskrives det en mulig etablering av en observasjonspost ved DMS Sør-Helgeland. Her skal spesialisthelsetjenesten gjøre sine vurderinger digitalt. Dette mener vi er positivt, fordi det kan redusere pasienttransport og spare eldre og kronisk syke mennesker for en del lange reiser til Sandnessjøen. Eventuelt kan det også ha en reduserende effekt på ventelistene på sykehus. Dette må imidlertid utredes nærmere og i tett dialog med og involvering av de samarbeidende kommunene. Det virker som om kommunene skal være ansvarlig for både bemanning, ledelse, økonomi og drift, mens spesialisthelsetjenesten skal bidra med råd og faglige vurderinger. Pr i dag er kommunal sektor kraftig underfinansiert og sliter med å rekruttere tilstrekkelig med helsepersonell, på lik linje med spesialisthelsetjenesten.