

En seier for hele Helgeland?

Ett felles sykehus for hele Helgeland vil på mange måter være nettopp det. Å lokalisere dette til Mo i Rana vil imidlertid være å annullere denne seieren for store deler av Helgelands befolkning.

Transporttid og lokalisering

Det er et uttalt politisk mål å skape pasientens helsetjeneste. Dette må også være gjeldende for fremtidens helsevesen på Helgeland, og innebære likeverdige helsetjenester for befolkningen. Selve konseptet Helgelandssykehus blir i lys av dette meningsløst når man leser ressursgruppens vurdering rundt lokalisering.

Rapporten fra ressursgruppen anerkjenner at utredningene som er gjort rundt transporttid er omstridte. Den lengste vektede gjennomsnittlige reisetiden for pasientene får man ved å legge sykehuset til Mo i Rana. Viktigere er imidlertid at dette lokaliseringsalternativet vil gi helt uakseptabel transporttid i akutte situasjoner for 10-15% av befolkningen det nye sykehuset skal betjene. Dette understreker at det ikke er helsefaglige kriterier som har veid tyngst i utformingen av denne rapporten. Dette innrømmer ressursgruppa i og for seg også når de konkluderer med at man heller bør legge avgjørende vekt på løsningsens evne til rekruttering.

I kapittel 4 i rapporten kan det virke som man forsøker å tone ned betydningen av de nevnte forskjellene i transporttid. Man refererer til en NOU fra 1989 som sier: "stabilisering og primær behandling ved akuttmedisinske tilstander er i hovedsak enkle og krever ikke stor grad av spesialisering. Det vesentlige er at behandlingen kommer raskt i gang. Er dette kravet oppfylt, kan de mer spesialiserte behandlingstiltak oftest vente noe». Det samme går igjen i ressursgruppens problematisering av transporttid i kapittel 6.2.3 hvor man skriver: "Nytt moderne DMS i Brønnøysund bør ha fasiliteter for initial stabiliserende behandling". Da utredningen ble foretatt i 1989 var det riktignok ansett som god medisin å "stabilisere" disse pasientene med tiltak som intravenøs væskebehandling. Vi vet derimot i dag at det som bedrer prognose og reduserer dødelighet ved akutte traumer og blødninger av annen årsak, er redusert tid til kirurgisk intervensjon.

Rapporten trekker i samme kapittel frem at tekniske nyvinninger vil bedre regulariteten ved luftambulansetjenesten på Helgeland. Ved gjennomgang i legegruppen er erfaringene fra akutte situasjoner med kansellerte luftambulanseoppdrag at de to klart hyppigste årsakene har vært vind og dårlig sikt. Dette er ikke forhold som vil endre seg i overskuelig fremtid som følge av de nevnte tekniske utbedringene ved helikoptertjenesten. Det er også betenkelig å gjøre seg avhengig av at en større del av pasienttransportene skal skje med helikopter.

Satt på spissen "ofrer" man i traumesammenheng i praksis sør-Helgeland for at helsepersonell bosatt i Rana kommune skal slippe å pendle til jobben. Ved sykehuslokalisering på Mo i Rana vil 12-13000 av Helgelands innbyggere, få uforsvarlig lang transporttid til tidskritisk kirurgi. Torben Wisborg ved nasjonalt kompetansesenter for traumatologi oppsummerer dagens viten om transporttid til sykehus slik: "Lengre transporttid gir høyere dødelighet. Folk som kjemper for å ha et sykehus nært seg er ikke idioter." Det er også slik at man ved å sjalte ut sør-helgeland kommer under anbefalingen om et minimumsgrunnlag på 80000 mennesker for et traumesykehus.

Fødende kvinner er knapt nevnt med et ord i rapporten. Det gjelder heldigvis få, men ved de fødsleene der det haster med operativt eller gynekologisk hjulpet forløsning vil lang tid til sykehus gi dårligere prognose. En norsk studie fra 2017 av Engjom og medarbeidere tok for seg alle uplanlagte fødsler utenfor sykehus i Norge fra 1999 til 2009. Her dokumenter man tydelig økt peripartum dødelighet med økende avstand til fødeinstitusjon.

Man synes også ta et utsagn fra sykehusmiljøene i hhv Mosjøen og Sandnessjøen til inntekt for at en lokalisering perifert i regionen er akseptabelt når disse siteres på følgende: "Fremtidens akuttmedisin vil for en stor del bli ivaretatt av ambulanspersonell, allmennleger og annet personell i primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil være mer sentralisert, men vil kunne bidra via velferdsteknologiske løsninger, telemedisin og kunstig intelligens». Dette må sies å være tatt ut av kontekst.

Når man leser brevene fra de ulike sykehusmiljøene som ble sendt til ressursgruppen mens arbeidet pågikk, er det påfallende forskjeller i hvordan de tilnærmer seg lokaliseringsspørsmålet. Mens sykehusmiljøene i Sandnessjøen og Mosjøen unisont fokuserer på betydningen av ett sykehus og en helhetlig regional tekning, preges brevet fra Mo i Rana i stor grad av lokal tenkning med argumenter for at sykehuset må ligge i Mo i Rana, og dessuten en dårlig maskert trussel om at man må regne med at man ikke vil bli værende i regionen dersom man må pendle til jobben.

Rekruttering av helsepersonell

Ett fremtidig sykehus bygges for pasientene. Med Helgelands spredte befolkning innebærer dette gi og ta for helsepersonell fra alle deler av regionen. Mange av konklusjonene i rapporten baserer seg på antakelsen om at det ikke foreligger vilje til pendling mellom byene. Dette er antagelser som ikke tar høyde for at en ettsykehusmodell vil representere en signifikant endring i arbeidsmarkedet for helsepersonell på Helgeland. Det rimer også dårlig med at lokalisering på Mo nødvendigvis vil medføre utstrakt pendling for spesialistene som i så fall skulle betjene DMSene.

Ressursgruppa ser ut til å ha satt en arbitrær grense på akseptabel pendleavstand til jobb på 21 minutter. Dette tallet lar seg ikke enkelt dedusere ut i fra grafene som er vedlagt i rapporten, hvorav den første er for hele Norge. Ser man på den mer relevante oversikten fra Nordland er det små forskjeller i antall som bor f.eks 21 og 35 minutter fra jobb. Det er også verdt å notere seg at utredningene foretatt for nye sykehuset Innlandet har kommet til en helt annen konklusjon, hvor sentral geografisk lokalisering er prioritert. Her er sykehus vedtatt lokalisert til Mjøsbrua. Pendleravstandene til Gjøvik, Lillehammer og Hamar er her 17, 26 og 38 minutter henholdsvis . Google Maps som ressursgruppa skriver å ha brukt, er en tjeneste som samler data fra svært mange mobile enheter og som tar hensyn den til enhver tid gjeldende trafikksituasjon. Søker man opp reisetidene nevnt over f.eks kl 16, vil de nær dobles. Det kan også nevnes at alle disse byene er større enn Mo i Rana.

Like viktig er at rekrutteringen til et eventuelt nytt felles sykehus ikke kan ses uavhengig av rekrutteringen til primærhelsetjenesten. Dette har rapporten på ingen måte tatt høyde for. Ressursgruppen refererer til nasjonal helse- og sykehusplan og skriver: "rask tilgang til kompetent bil- båt- eller luftambulans, fortrinnsvis legebemannet, vil være det viktigste tiltaket for å redusere risiko for død og varig skade i de mest tidskritiske situasjonene". Legetjenesten fremheves flere steder i rapporten å være essensiell for å demme opp for et eventuelt fravær av sykehus.

Man kan ikke ha fått med seg at det er en godt dokumentert pågående nasjonal fastlegekrise. En nylig publisert undersøkelse fra nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø viser at rekrutteringsutfordringene er klart størst i Nord-Norge og øker med avstand til sykehus. Økt avstand til sykehus, større vaktbelastning og aleneansvar for kritisk syke pasienter på vaktene vil neppe bedre på rekrutteringen i de kommunene som blir uten sykehus. For de aller dårligste pasientene som har behov for legefølge, vil til eksempel vi i Vefsn måtte ledsage pasienter i 1 time til Mo og tilbake. Vefsn vil da være uten fungerende legevakt i praksis i 2,5-3 timer. Forholdene blir selvfølgelig mye verre i f.eks Hattfjelldal som altså risikerer å være uten vaktlege i 4-6 timer. Den eneste måten å bøte på dette er å etablere bakvaksordning som i praksis dobler vaktfrekvensen for legene. Den samme problemstillingen vil selvfølgelig være gjeldende for våre kolleger i Mo i Rana dersom sykehuset legges langt unna. Lokalisering av ett felles sykehus sør for Korgfjellet vil utjevne betydningen av disse forskjellene for vaktkjørende leger i både nord- og sør-Helgeland.

En stabil primærhelsetjeneste med erfarne fastleger utøver en viktig portvokterfunksjon og vil avlaste sykehuset gjennom å utrede og behandle en større andel av pasientene selv. Det er således viktig at en fremtidig sykehusstruktur ikke bidrar til å svekke rekruttering til primærhelsetjenesten.

Fritt sykehusvalg

Etter våre erfaringer er dagens pasienter generelt flinke til å orientere seg om ulike behandlingstilbud rundt om i landet. Vi er ikke i tvil om at sannsynligheten for at helgelendinger vil benytte et fremtidig Helgelandssykehus fremfor andre alternativer er størst, dersom de opplever at dette sykehuset betjener hele Helgeland som region. Basert på utsagn fra pasientene våre har vi grunnlag for å anta at pasientlekkasjen sørover vil øke, dersom et felles regionsykehus blir plassert i utkanten av regionen. Det er nærliggende å tenke at dette vil være enda mer uttalt i de mer sørliggende kommunene på Helgeland

Konklusjon

Med tanke på å bygge et best mulig helsetilbud for hele Helgeland, mener vi unisont at det bør være ett nytt sykehus og at det må ligge sør for Korgfjellet.