

Høringsinnspill: Forsvarlig drift ved Helgelandssykehuset

Jamfør mandat 3.3.

Innspillet kommer fra: Facebook Grappa: Ja til ETT-sykehusmodellen midt på Helgeland

Dato:12.12.2024

Innsending til: postmottak@helgelandssykehuset.no

1. Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient

Hvordan vurderes kvaliteten på behandlingen av pasientene ved forslaget?

Innspill:

Ja til ETT-sykehusmodellen midt på Helgeland heretter forkortet til ETT, har i hørings svar til «ekstern Ressursgruppe», «bærekraft analyse», «samfunnsanalyse» og i kommentarer til «styresaker» i Helgeland Sykehuset (HSYK) og til Helse Nord (HN), også ved brev/innspill til styrer og direktører belyst konsekvenser siden 2017.

Vi kommer ikke til å få to små akutt sykehus ift. definisjonen i norsk sykehusplan. Gjennomføres denne skisserte modell fullt ut har vi til sammen ett lite akutt sykehus på to ulike lokasjoner. Vi har fått det samme som om man hadde tatt Namsos sykehus og splittet dette mellom Namsos by og Steinkjer. Gjennomføres skissen fremmet her har vi fått Norges svakeste lokalsykehus.

Vi ser en liten bedring i forhold til tidligere utspill på løsning fra HSYK i «Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF». Men som i tidligere fremlegg fra HSYK mangler det en skikkelig uhildet Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS) på prehospitale konsekvenser, og hvilke tilstrekkelige avbøtende tiltak som må på plass før en eventuell nedleggelse av 24/7 medisinsk akutt i Mosjøen for pasienter i kommunene på Midt Helgeland (Hattfjelldal, Grane og Vefsn).

Som en del av ROS analyse bør følgene ulike alternativer for organisering av lokalt somatisk tilbud belyses, sett opp mot å videreføre 0 + versjonen.

Mister Midt Helgeland kommunene: Hattfjelldal, Grane og Vefsn akutt medisinsk sykehus i Mosjøen, og løsningen blir «ett sykehus på to steder», hvor det «kuttet» bein på ett sykehus og «sårene» skal repareres 11 mil unna på det andre sykehuset, da skal det på plass avbøtende tiltak! **Den skisserte løsningen vil føre til mer enn 10 døde og flere med alvorlige, men og skadede pr. år. Det er 1% økende sjans for død pr 10 km økt reisevei.** (Nichols et al. "The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study; Emergency Medicine Journal sept. 2007")

ETT har observert konsekvensene av at pasienter sendes mellom enhetene i dagens "flipper-spill" sykehus på Helgeland, dette går utover pasientsikkerheten. I tillegg er dette en voldsom belastning for pasienter og for pårørende som utsettes for dette, gjerne gjentatte ganger innen korte tidsrom ved sammensatte eller uheldredelige sykdomsbilder.

2. Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver

Hvordan vurderes beredskapsnivået ved Helgelandssykehuset i forhold til deres ansvar og oppgaver?

Innspill:

Beredskapsnivå for tilstrekkelig pasientsikkerhet hvor det å spare tid populært kalt «den gylne time» en time som ikke er en klokke time, men et begrep på den tiden du har fra skade eller sykdoms debut oppstår til det ikke lengre spiller noen rolle hvilken behandling pasient får. De tre vanligste og akutt medisinske tilstandene er hjerneslag (propp/blødning), akutt hjerteinfarkt og sepsis (blodforgiftning).

I gjennomsnitt er det ett alvorlig akutt tilfelle som ankommer sykehuset i Mosjøen hver dag.

Dagens 0 + sykehus for Helgeland favner så vidt innenfor begrepet beredskap for Midt Helgeland, ved nedleggelse av akutt Kirurgi i Mosjøen 2006, var det et avgjørende punkt fra daværende Helse Minister at Mosjøen hadde flyplass som kunne håndtere mottak og avgang av ambulansefly.

Etter uheldig hendelse ble det i løpet av mindre enn en måned etter vedtaket bestemt av HN at det likevel måtte være mulig å håndtere «mindre operasjoner på kvelds- og nattetid og i helgene». Opprinnelig skulle 1500 kirurgiske pasienter ut på veiene som en følge av at akuttkirurgien ble lagt ned første november 2006.

I praksis medførte etter hvert vedtaket dagens akutt medisinske 24/7 løsning ved sykehuset i Mosjøen.

Ved frafall av dagens «akutt medisinske» løsning ved sykehuset må et tilstrekkelig dimensjonert «stabiliserende team» på plass for å betjene Midt Helgeland 24/7, et slikt team vil måtte inneha en minst like høy kompetanse som dagens tjeneste ved sykehuset. Ved større ulykker og alvorlige sykdomstilfeller må pasienter stabiliseres av personell med tilstrekkelig kunnskap, ett nivå som innehar flere hjelpemidler og høyere kompetanse enn det man kan forvente ambulansetjenesten skal og kan inneha.

Med bakgrunn i de klimaendringer vi ser allerede i dag med «våtere og villere vær», sammen med kommende klimaendringer vil det være behov for en forsterket beredskap i fremtiden for Midt Helgeland ved sykehuset i Mosjøen.

ETT ser heller ikke at dagens utvidede nasjonale sikkerhets situasjon er belyst av HSYK i forhold til lokal eller nasjonal krise som kan oppstå ved lokale hybridkrig angrep, eller beredskap overfor reelle krigs handlinger syns å være vektlagt i begrepet «beredskapsnivå».

Vi minner på at sykehuset i Mosjøen også er nærmeste sykehus for militær leiren på Drevjamoen, tilstrekkelig beredskap 24/7 må i den sammenheng vektlegges tilstrekkelig av HSYK og HN.

3. Forsvarlig totalbelastning på personell

Arbeidsbelastningen på personellet ved Helgelandssykehuset?

Innspill:

ETT vil fremme det faktum at å holde ansatte i ved sykehuset i Mosjøen i «usikkerhet» om fremtidig sykehus løsning siden vedtaket i 2019 er uholdbar og dårlig behandling av medarbeidere.

Vi registrerer likevel at de ansatte ved avdelingen i Mosjøen selv ved den psykiske ekstra arbeidsbelastningen, er den mest veldrevne avdelingen i HSYK, størst inntjening, minst bemanningsproblem og, med ubetydelig innleie av personell 36400 pasient kontakter i 2023 bekrefter dette.

Sykehuset dyktige medarbeidere har lyktes med å utvikle spesialiteter de er alene om i Nord Norge innen Urologi.

Mosjøen innehar også som den eneste mellom Universitets sykehuset Nord Norge (UNN) og Universitetssykehuset i Trondheim (St. Olav) vaktordninga for akutt tjenester innen urologi.

HSYK Mosjøen har også andre spesialiteter innen hud og plastikk kirurgi, i tillegg er det utviklet «hurtig» rutiner hva gjelde reaksjonstid ved hjerneslag, hjerteinfarkt og sepsis, hvor sykehuset er blant de beste i Norge.

I «Funksjons og oppgavefordeling i HSYK» utredningen blir det bekreftet at arbeidsbelastningen allerede er for stor og blir enda større ved de to gjenværende akutt enhetene, dette synliggjøres ved behov for å splitte hvilke to sykehus lokasjoner i «sykehuset på to steder» pasienter skal sendes til fra Midt Helgeland.

Ingen av sykehusene har tilstrekkelig kapasitet til å håndtere den økte pasient mengden nedleggelse av akutt medisinske tjenester vil medføre i Mosjøen. Dagens bemanningsproblem og store utgifter til å innleie personell ved enhetene i Sandnessjøen og på Mo vil dermed akselerere.

Denne realitet alene favoriserer å videreføre dagens 0 + versjon, økonomisk er det også den billigste driftsform siden prehospitale utgifter vil øke drastisk ved nedleggelse av funksjoner i Mosjøen.

4. Forsvarlig bruk av bygg og utstyr

Bruk av bygg og utstyr ved Helgelandssykehuset?

Innspill:

Den beste og mest innbydende bygningsmassen ut fra HSYK sine egne utredninger er i Mosjøen. Det er i styrevedtak og høringsforslag bekreftet at funksjonsfordeling skal baseres på dagens bygningsmasse.

I Mosjøen er utstyr for fornying/oppgradering av operasjonsstuer allerede innkjøpt og ligger klar til montering på sykehuset.

ETT ser en klar fare for at sykehus enheten på Mo og/eller i Sandnessjøen vil prøve å «posisjonere» seg for en utbygging av egen bygningsmasse med begrunnelse av at de ikke er dimensjonert for å kunne håndtere pasient mengden på mer enn 20 000 fra Midt og Sør-Helgeland. Og dermed posisjonere seg for senere å kunne overta hele pasientmassen på Helgeland.

Best ressursbruk er å se behovene til Psykisk helsevern ved etablering av akuttenehet, og behov for prehospitalt øvingssenter i regionen, dette sammenfaller med behovet som ambulansetjenesten i Mosjøen har for nybygg. En løsning kan være ett nytt bygg hvor man ser behovene til begge enhetene i sammenheng.

5. Forsvarlig økonomi

Økonomisk drift ved Helgelandssykehuset?

Innspill:

Hørings dokumentet «Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF» er selv inne på at å legge ned funksjoner i Mosjøen vil føre til økte kostnader på andre områder.

ETT har gjentatte ganger sett at skisserte besparelser intendert av HSYK har uteblitt ved endringer og omorganiseringer, siste oversikt indikerer en måloppnåelse på mindre en 20% av skisserte besparelser, dette syns vi det er på tide at ledelse i HSYK, HN og deres styrer tar lærdom av.

Vi har til nå ikke sett kvalitets sikrede tall for hvilke økte utgifter som tilfaller foretaket ved nedtrekk av akutt aktivitet i Mosjøen. Ved å legge ned aktivitet i Mosjøen som er plassert midt på Helgeland vil reisebelastningen totalt innen foretaket øke, samtidig som pasient «lekkasjen» på Helgeland ut av Helse Nord blir større.

I tillegg til økt belastning for pasient og pårørende vil dette ha store økonomiske ringvirkninger for foretaket. Behandlingsfunksjoner som befinner seg i Mosjøen og dekker hele HSYK har i gjennomsnitt 24,4% mindre reisetid for Helgelendingen i forhold til enhetene på Mo og i Sandnessjøen.

Valgt modell gir tre ganger mer reisetid til stort akutt sykehus i Bodø enn om man hadde valgt ETT stort akutt sykehus i Mosjøen, og over dobbelt så lang reisetid som om man hadde valgt Mo eller Sandnessjøen som stort akutt sykehus i en ETT- modell.

På rent økonomisk grunnlag er det store besparelser prehospitalt ved å beholde og øke HSYK sine tjenester i Mosjøen i dagens 0 + versjon.

6. Fritekst

Kommentarer eller innspill

Innspill:

Avbøtende tiltak:

ETTgruppen kan ikke godta en slik forringelse av helsetilbudet i Hattfjelldal, Grane og Vefsn, som det forslag som nå foreligger vil medføre!

I korte trekk har ETT jobbet for ETT sykehus sentralt plassert midt på Helgeland etter modell Kalnes, Hjelset og Moelv. Siden saken har fått politiske dimensjoner langt utover det faglige og pasient og pårørende vennlige, har ETT landet på at det i dagens situasjon 0 + modellen best ivaretar pasienten på Sør og Midt Helgeland.

Tidligere direktør i Helse Nord Lars Vorland ga løsningen med «ett sykehus på to steder» en levetid på maks 10 år. Det samme gjentas i HSYK sitt eget styredokument 9-2023. Dette indikerer at den skisserte løsningen er en mellomløsning inntil en endelig ny struktur med ETT sykehus på Helgeland skal og må være på plass.

Midt Helgeland med kommunene Hattfjelldal, Grane og Vefsn skal som minimum ha et like godt eller bedre tilbud en i dag, vi skal ikke avspises med et markant dårligere tilbud til befolkningen! Vi håper administrasjon og styre konkluderer med å utvikle det best drevne sykehuset på Helgeland i stedet for å gjøre livene vanskeligere for den nest største befolkningsgruppen på Helgeland.

ETT vil derfor poengtere at dagens 0-modell inkludert DMS i Brønnøysund (0+) er det som har best bærekraft for pasient pårørende og ikke minst økonomi på kort og mellomlang sikt ved riktig organisering av HSYK.

Mister kommunene på Midt Helgeland dagens medisinske akutte tjenester ved sykehuset i Mosjøen krever ETT opprettelse av Base for Ambulansehelikopter i Mosjøen. Dette som «avbøtende tiltak» for å møte den skisserte dårlige helseløsningen for Midt Helgeland.

Regulariteten mellom helikopterbasen i Brønnøysund og Midt Helgeland i vintermånedene er ifølge prehospitale tjenester ved HSYK mindre enn 20%.

Videreføring av røntgen avdeling og laboratorieavdelingen med beredskap og tjenester i Mosjøen 24/7 er også kritisk viktig, det samme er før nevnte (punkt 2) tilstrekkelig dimensjonert «stabiliserende team» til å betjene Midt Helgeland 24/7.

Helseforetaket skal sørge for mest mulig lik tilgang på somatiske tjenester, noe som den skisserte modellen ikke kan si å oppfylle.

Lukket psykiatrisk akutenhet, døgn- og dagfunksjoner psykisk helse:

Kraftsenter med kompetanse på området er stasjonert i Mosjøen, å flytte kommende nye akutt enheter fra resten av tjenesten er svært uheldig.

Vi krever det fortsatt blir tilgang til CT og MR, Nevrolog og mulighet for kognitive tester er viktig for å kunne starte utredning i tide! Uten dette på plass vil det psykiatriske fagmiljøet i Mosjøen forvitte. I fagtidsskrift og utredninger samt i "Nasjonalt Sykehusplan" er det belyst at samlokalisering med sykehus som har akutte funksjoner for å kunne håndtere plutselig psykose, nevrologi og bildediagnostikk er viktig!

Ivaretagelse av den sør samiske befolkningen på Midt Helgeland og Nord Trøndelag:

I Protokoll fra foretaksmøte HN RHF 27.01.2020. «HSYK har ansvar for spesialist helsetjenesten til den sørsamiske befolkningen på Helgeland. Styret forventer at det legges til rette for et godt tilbud til den sør samiske befolkningen i den nye strukturen.»

Vi forutsetter administrasjon med direktør i HSYK hensyntar sørsamene, vi ber styret i HSYK spesielt ivareta dette fremover.

I dag sokner de fleste Sørsamer til sykehuset i Mosjøen, allerede har denne gruppen den lengste reiseveien.

Verdien av et menneskeliv:

Tilbake i 2001 hadde Vefsnaregionen (Midtre Helgeland) fullt kirurgisk og medisinsk akutt beredskap med fødeavdeling. Det foreløpig ikke foreslått noe alternativ for prehospital stabiliseringsfunksjon. Ei heller noe akuttberedskap innen kirurgi, indremedisin eller fødselshjelp. For de nærmere 20 000 innbyggerne som naturlig bruker sykehuset for Midt Helgeland i Mosjøen.

Vi ønsker å sette søkelys på det sykehus administrasjon og helsebyråkrater ikke ønsker å snakke om.

Et menneskeliv verd «verdi av statistisk liv» (VSL). Statistisk Sentralbyrå (SSB) verdsetter et statistisk liv til 46,69 millioner (2023). Dette blir viktig å ha med videre i prosessen hvis

dagens tre sykehus blir til «ett fordelt på to lokasjoner». Ref. antall døde det vil medføre uten tilstrekkelig avbøtende tiltak (belyst under punkt 1).

På side 33 i utsendte høring blir det belyst at i «2023 ble 260 pasienter innlagt med hjerneslag i Helgelandssykehuset, hvorav 186 skyldtes blodpropp (hjerneinfarkt). Hjerneslag er en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming».

Antallet hjerneslag forventes å øke i takt med stadig flere eldre i befolkningen, men dette oppstår også blant unge mennesker, sammen med redusert dødelighet, betyr at antallet personer som lever med følgetilstander etter hjerneslag vil øke betydelig.

Det er derfor avgjørende viktig å sikre at behandling i tide og oppfølging av denne store pasientgruppen.

Slagalarm:

ETT registrerer at det i høringsdokument fremmes en løsning for Midt Helgeland etter modell fra Sør-Helgeland, hvor DMS i Brønnøysund har en fjernbetjent CT løsning mot Sandnessjøen.

Vi vil poengtere at Midt Helgeland ikke kan sammenlignes med Sør-Helgeland, dette med bakgrunn i at Midt Helgeland IKKE har stasjonert ambulanse helikopter eller ambulansfly i umiddelbar nærhet (vi har begrunnet dette lenger opp i innspillet).

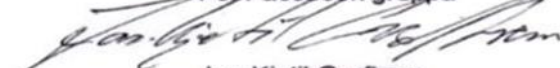
I tillegg har Sør-Helgeland i sin nærhet et fullt operativt samlet fullverdig sykehus i Namsos hvor ambulanse helikopter eller ambulansfly kan rutes til i alvorlige tilfeller. I tillegg kan nevnte kapasitet rutes til Levanger (stort sykehus) eller St. Olav (regionssykehus).

Til slutt gjentar vi vår påstand er at det vil være dyrere å drifte «ett sykehus på to lokasjoner enn å videreføre dagens tre sykehus i null versjonen. Utfordre oss gjerne ved å legge frem dokumentasjon som dere mener motbeviser dette.

For Facebook gruppa


Svein Eirik Forsmo

For Facebook gruppa


Jan-Kjetil Grøftrem