

Høringsinnspill: Forsvarlig drift ved Helgelandssykehuset

Jamfør mandat 3.3.

Innspillet kommer fra:

Norsk sykepleierforbund, Sandnessjøen sykehus
Legeforeningen, Sandnessjøen sykehus

Dato:

12. desember 2024

1. Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient

Hvordan vurderes kvaliteten på behandlingen av pasientene ved forslaget?

Innspill:

Indremedisin og kirurgi:

Forslaget som er på høring, er gjennomarbeidet og gir et godt grunnlag for de strategiske og strukturelle endringene Helgelandssykehuset nå skal gjøre. Det er viktig for oss i Sandnessjøen at det anerkjennes med tungtveiende argumenter at kirurgien må styrkes hos oss, hvis den akuttkirurgiske kompetansen skal beholdes.

Vi er likevel uenige i hovedkonklusjonen om å dele befolkningen som tidligere sognet til Mosjøen sykehus mellom de to gjenværende akutt sykehusene. Årsaken er todelt:

1. Folk i Vefsn har rett på likeverdige helsetjenester som resten av befolkningen på Helgeland. Det kan bare ivaretas ved at de får benytte sitt nærmeste sykehus. Forslaget legger opp til 20 min ekstra transporttid med ambulanse for over 13 000 mennesker. En ting er den risikoen det medfører for alvorlig syke pasienter – en annen ting er den belastningen det gir for eldre og kronisk syke med hyppige sykehusbesøk. I tillegg vil en faglig deling av et definert opptaksområdet gi store utfordringer for legevaktpersonell og ambulansetjeneste når de skal vurdere hvilket sykehus pasienten skal meldes til. Dette har vært en hodepine etter at akuttkirurgien ble fjernet fra Mosjøen sykehus, og at man da legger opp til å videreføre denne dårlige løsningen i et forslag til varig fordeling, er for oss uforståelig.
2. Skal man sikre forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient, så må begge akutt sykehusene rustes for å tilby et bredest mulig spekter av helsetjenester. Ved å skjevfordere pasientene i regionen i den graden dette forslaget legger opp til, så definerer man hvilket av sykehusene som det skal satses mest på i framtiden. Sykehuset i Rana vil ved gjennomføring av dette forslaget bli størst innen både indremedisin, kirurgi og intensivmedisin. Det svekker sykehuset i Sandnessjøen både faglig og rekrutteringsmessig på sikt.

Begge disse punktene mener vi alene er tungtveiende argumenter for at endringen av opptaksområde som utredningen legger opp til er feil. Når argumentet for forslaget er at sykehuset i Sandnessjøen a) har for lite areal og b) er for svak på rekruttering, så mener vi utredningen også baserer seg for uriktig informasjon. Vi kommer tilbake til dette under punkt 3. og punkt 4.

Nevrologi og fysikalskmedisin og rehabilitering:

Forslaget legger opp til at nevrologisk poliklinikk skal videreføres i Mosjøen. Det skrives at det ikke finnes noen tungtveiende argumenter for å flytte nevrologisk kompetanse bort. Vi mener det er viktig å påpeke at dagens spesialiserte rehabiliteringsavdeling i Sandnessjøen hadde hatt stor nytte av økt nevrologisk kompetanse tilstede på sykehuset. Dette gjelder også nevropsykologi. Vi mener derfor at det bør legges opp til et nærmere samarbeid mellom spisskompetansen som er foreslått videreført i Mosjøen og FMR i Sandnessjøen. Dette kan feks. løses ved poliklinisk ambulering fra Mosjøen til Sandnessjøen med jevne mellomrom. Dette vil også komme indremedisinsk avdeling til gode, som nå får et økt pasientgrunnlag for pasienter med hjerneslag.

2. Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver

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

Innspill:

Inhospital beredskap:

Hvilken beredskap de to akuttisykehusene skal ha i framtiden, avgjøres av funksjonsfordelingen vi i dag uttaler oss om. Et sentralt aspekt i beredskapen er rekruttering av, og stabiliteten på anestesileger- og spesialsykepleiere. I forslaget legges det opp til at intensivavdelingen på sykehuset i Rana skal bli tilnærmet dobbelt så stor som intensivavdelingen i Sandnessjøen, med de implikasjoner det har for ressursfordeling og prioritering. Velger man i stedet å sende alle indremedisinske pasienter fra Vefsn til Sandnessjøen, vil de to intensivavdelingene bli like store og dermed jevnbyrdige. Dette vil kunne gi pasientgrunnlag på begge sykehusene som gir tilstrekkelig mengde dagtidsarbeid til å kunne rekruttere flere spesialsykepleiere og anestesileger for å få vaktordningene mer robuste og levelige for de ansatte.

Det at forslaget legger opp til økt kirurgisk aktivitet i Sandnessjøen er nettopp et slikt tiltak som vil føre til bedret beredskap her. Dette vil gagne både spesialsykepleiere på operasjonsavdelingen og intensivavdelingen, men også sykepleierens kompetanse på elektiv og akutt kirurgi på sengepost. Vi er glade for at høringen anerkjenner dette behovet.

Traumatologi:

Vi mener forfatterne bak høringsdokumentet tolker traumeplanen feil når det skrives at pasienter skal raskest mulig til det sykehuset som kan ferdigbehandle dem, og at det betyr at de fleste pasientene skal fraktes til Mo i Rana for ortopedisk kompetanse. Traumeplanen presiserer at akuttisykehus uten ortoped i vakt skal kunne beherske et spekter av ortopediske nødprosedyrer, og at det er disse som er livreddende. De fleste ortopediske skader trenger ikke akuttkirurgi, og det kan derfor være direkte pasientfarlig å transportere forbi nærmeste akuttisykehus med traumefunksjon for å komme til sykehus med ortoped i vakt. For de alvorligst skadde er transport noe av det farligste de utsettes for. Det vil også på sikt svekke kompetansen innen traumatologi ved Sandnessjøen sykehus hvis flertallet av pasienter skal transporteres forbi oss. Vi mener derfor at punktet om traumatologi bør ut av høringen.

3. Forsvarlig totalbelastning på personell

Arbeidsbelastningen på personellet ved Helgelandssykehuset?

Innspill:

Et viktig aspekt i hele prosessen med ny struktur i Helgelandssykehuset har vært rekrutteringssituasjonen i regionen. Dette trekkes fram som det andre argumentet for at indremedisinske pasienter fra Vefsn ikke kan sendes til Sandnessjøen. Det er ikke helt klart for oss hvilke kritiske faggrupper direktøren mener når hun sier til media at det har vært særlig vanskelig å rekruttere til Sandnessjøen. Vi har forstått at dette har veid tungt i arbeidet med denne høringen, og mener det burde komme klarer fram hvor ledelsen mener svakheten sitter. Vår oppfatning er at Sandnessjøen sykehus i dag rekrutterer godt til stillinger i førstelinjetjenesten.

Vi mener at et øyeblikksbilde på rekruttering ikke kan være basis for en strategisk funksjonsfordeling som forhåpentligvis skal ligge fast i tiår framover. Da må pasientens interesser settes først, og rekruttering av fagfolk må tas på alvor som det ledelsesansvaret det er.

Rekruttering av sykepleiere og helsearbeidere er en krevende oppgave som krever en strategisk og helhetlig tilnærming for å møte både umiddelbare behov og langsiktige utfordringer. For å sikre en stabil arbeidsstyrke er det avgjørende både å tiltrekke nye ansatte og å legge til rette for at eksisterende personale trives og ønsker å bli værende.

Historisk sett har Sandnessjøen blitt prioritert lavere på tildelte funksjoner og ressurser sammenlignet med sykehuset i Mo i Rana. Dette har i perioder gjort det utfordrende å tiltrekke seg både studenter og kvalifisert fagpersonell, blant annet på grunn av den tidligere sykehusstrukturen. Den kommende funksjonsfordelingen vil imidlertid endre premissene for rekrutteringen betydelig.

Med etableringen av to likeverdige akuttsykehus i Sandnessjøen og Mo i Rana, skal begge lokasjoner ha helsemiljøer av tilsvarende størrelse og kvalitet. Dette gir grunnlag for bedre utviklingsmuligheter for sykepleiere og helsearbeidere i Sandnessjøen, og dermed også et mer attraktivt arbeidsmiljø.

For å oppnå likeverdige forhold mellom sykehusene, må også vaktordningene harmoniseres. Dagens situasjon, hvor det er betydelige forskjeller i bemanningsnivå og arbeidsvilkår, må adresseres for å sikre at begge sykehusene fremstår som like attraktive arbeidsplasser. Spesielt er det nødvendig å øke antallet spesialsykepleiere i Sandnessjøen for å kunne tilby vaktordninger som er sammenlignbare med Mo i Rana. Dette vil bidra til å gjøre arbeidssituasjonen mer forenlig med både familieliv og fritid.

For eksempel er det i dag 22 årsverk for operasjonssykepleiere i Mo i Rana, mot 13 i Sandnessjøen. Dette fører til store forskjeller i vaktplaner og turnuser. I Sandnessjøen baseres mye av operasjonssykepleiernes arbeid på hjemmevakt, noe som er belastende og mindre attraktivt. I Mo i Rana er det derimot operasjonssykepleiere tilstede hele døgnet, noe som gir mer forutsigbare og bærekraftige arbeidsforhold.

Slike forskjeller gjør det utfordrende å rekruttere operasjonssykepleiere til Sandnessjøen på samme vilkår som til Mo i Rana. For å rette opp i dette, må antallet årsverk i Sandnessjøen

økes, og pasientvolumet fordeles slik at begge sykehusene kan tilby tilsvarende arbeidsforhold.

Sammenlignbare arbeidsvilkår og turnusordninger er en forutsetning for å kunne rekruttere på lik linje mellom lokasjonene. Når dette er på plass, vil begge sykehusene kunne tiltrekke seg kvalifisert arbeidskraft på en mer rettferdig og effektiv måte.

4. Forsvarlig bruk av bygg og utstyr

Bruk av bygg og utstyr ved Helgelandssykehuset?

Innspill:

Høringen bygger sin konklusjon om fordeling av pasienter på at sykehuset i Sandnessjøen har for lite tilgjengelig areal for å ta imot alle pasientene fra sykehuset i Mosjøen. Dette stemmer ikke. I rapport skrevet av Sykehusbygg på bestilling fra Bygg og Eiendom i Helgelandssykehuset, behandlet i styresak 10/2023 er det beskrevet at det mangler to rom i dagens akuttmottak for å kunne dekke arealbehovet en slik økning vil kreve. Disse rommene har det siste året kommet på plass. Når de gamle lokalene til AMK snart tas i bruk som observasjonsrom, har man ytterligere økt kapasiteten i akuttmottaket. Vi legger ved tabell 5 fra styresaken som klart viser at arealkapasiteten er god i Sandnessjøen:

Tabell 5 Beregnet (2019) kapasitetsbehov for Msj og Ssj. Konsekvenser for Ssj ved flytting av aktivitet fra Msj

	Beregnet behov for kapasitet 2019 Msj	Beregnet behov for kapasitet 2019 Ssj	Sum beregnet kapasitetsbehov Msj + Ssj	Dagens plasser i drift Ssj 2022	Sum faktisk kapasitet Ssj 2022 (inkl. rom tatt i bruk til annet)*	Tilstrekkelig eller mangel på kapasitet Ssj etter overføring fra Msj
Sum senger	19	50	69	66	112	43
Sum operasjonsstuer	2	3	5	6	6	1
Sum dagplasser, dialyse	5	5	5+5	7	7	2
Sum dagplasser, medisin + dag.kir.	5	3	5+3	6 + 7	6	3+ 7
Sum poliklinikkrom, (inkl. spesialrom)	21	20	41	33	33	0
Sum poliklinikkrom, spesial	7			14		
Sum plasser Akuttmottak	2 -3	3 - 4	6-7	4	4	2

Røde tall representerer mangel på plasser/rom, grønne tall representerer overskudd på plasser/rom.

*Kilde: Plantegninger HSYK. Det tas forbehold om at f.eks. rom angitt som sengerom på tegning, ikke er bygd om til annet.

Når lokalene som den fylkeskommunale tannklinikken i dag leier også frigjøres i løpet av neste år, vil det ledige arealet i sykehuset ytterligere økes. Med andre ord; argumentet om manglende areal og behov for dyre oppgraderinger av dagens areal for å kunne ta imot pasienter fra Mosjøen sykehus, stemmer ikke. I alle fall hvis vi skal lene oss på Bygg og Eiendom sin egen tabell. Legges dette til grunn er det ingen fakta som peker mot at det trengs dyre utbygginger i Sandnessjøen for å ivareta indremedisinske pasienter fra Vefsn.

6. Fritekst

Kommentarer eller innspill

Innspill:

I snart 30 år har befolkningen på Helgeland levd med usikkerhet rundt helsetilbudet vårt. Det finnes ansatte som i et helt yrkesliv har stått i konfliktene med struktur, lokalisering og funksjonsfordeling. Dette må ta slutt. Den langvarige konflikten har utarmet Helgelandssykehuset, hemmet rekruttering ved alle tre sykehusene og har gitt dype kløfter mellom de tre sykehusbyene i regionen. Vi mener ledelsen må ha dette med seg når framtidens struktur nå skal legges. Dette er helt sentralt for at vi som fagfolk skal kunne bruke kreftene våre til det beste for *alle* pasientene på Helgeland.

Mandatet for saksbehandlingen er presisert i høringsdokumentet. Der står det at målet er *to akutt sykehus med døgnskategorisk beredskap innen generell indremedisin, generell kirurgi og fødselshjelp. Funksjonsfordeling skal skje på en måte som støtter opp under den døgnskategoriske beredskapen, og en bærekraftig og framtidsrettet drift begge steder. Dette innebærer robuste fagmiljøer av tilstrekkelig størrelse [...].*

Skal Helgelandssykehuset klare å bevare to akutt sykehus med døgnskategorisk beredskap, så må sykehusene prioriteres likeverdige. Da kan ikke det ene sykehuset med overlegg bygges drastisk større enn det andre. Ved å endre innstillingen og legge opp til to likeverdige sykehus kan sykehusledelsen nå legge grunnlaget for et Helgelandssykehus som legger tiår med konflikt bak seg. Vi håper at våre innspill i den forbindelse blir lyttet til.

God jul!