

Høringsinnspill: Forsvarlig drift ved Helgelandssykehuset

Jamfør mandat 3.3.

Innspillet kommer fra: Medisinske leger Helgelandssykehuset Mosjøen

Dato: 11.12.24

Innsending til: postmottak@helgelandssykehuset.no

Viser til Forslag til høring datert 4. nov. 2024 i fht. Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF. Medisinske leger HSYK MSJ kommer med innspill i anført mal under.

1. Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient

Hvordan vurderes kvaliteten på behandlingen av pasientene ved forslaget?

Innspill:

Dagens høringsforslag legger altså opp til følgende:

- Generelle akutte indremedisinske problemstillinger fra Grane og Hattfjelldal rutes til HSYK SSJ.
- Generelle akutte indremedisinske problemstillinger fra Vefsn rutes til HSYK MIR.
- Pasienter med spørsmål om hjerneslag fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal rutes til HSYK MSJ for CCT og dermed IKKE fullverdig diagnostikk, dvs. CCT uten radiograf i vakt og manglende mulighet for kontrast som er avgjørende mtp. eventuell tidskritisk trombektomi ved høyere nivå (St.Olavs hospital eller UNN). Etter avklaring ved HSYK MSJ skal disse pasientene fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal rutes til HSYK SSJ.
- Generelle akuttkirurgiske pasienter fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal inkludert urologi skal ifølge høringsforslaget rutes til HSYK SSJ.
- Akutte ortopediske pasienter fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal skal ifølge høringsforslaget rutes til HSYK MIR.

Forslag til høring datert 04.11.24 medfører helt klart dårligere pasientsikkerhet/kvalitet i pasientbehandlingen for befolkningen i kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Dette pga. lengre reisevei for pasientene fra disse kommunene, ikke minst mtp. akutte tidskritiske medisinske sykdomstilstander som medfører forsinket utredning, diagnostikk og behandling. Innen indremedisinske problemstillinger gjelder dette tilstander som feks. hjerneinfarkt/hjerneblødning, hjerteinfarkt og sepsis. Det presiseres at per i dag anses akutt indremedisinsk tilbud som likeverdig ved de 3 sykehuslokasjonene på Helgeland. I tillegg vil høringsforslaget medføre manglende akuttnevrologisk tilbud for hele Helgeland, det samme gjelder akutturologisk tilbud før et eventuelt urologisk miljø i SSJ er bærekraftig nok til å utføre den aktivitet som utføres i MSJ i dag. Begge kategorier har en overvekt av eldre, skrøpelige og kronisk syke pasienter (sårbare pasientgrupper).

Angående reisevei legger høringsforslaget opp til at akutte indremedisinske pasienter fra Hattfjelldal og Grane skal rutes til HSYK SSJ mens samme pasientgruppe fra Vefsn skal rutes til HSYK MIR, foruten pasienter med spørsmål om hjerneslag. Dette medfører ytterligere forsinket utredning, diagnostikk og behandling for pasienter fra Vefsn sammenlignet med ruting til HSYK SSJ. Ved mistanke om hjerneslagproblematikk skal pas. fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal rutes til HSYK SSJ etter ikke fullverdig CCT (CT hjerne) ved HSYK MSJ. Det oppfattes totalt misvisende når det i høringsforslaget henvises til gode erfaringer fra nyopprettet tilbud med CT hjerne ved DMS HSYK Brønnøysund, som har hatt 2 pasienter i aktuelt pasientforløp siden oppstart i september-24. For pasienter fra Hattfjelldal, Grane og Mosjøen, som har hatt et fullverdig tilbud i pasientsløyfe for hjerneslag til nå, vil dette bety et betydelig dårligere tilbud, manglende mulighet for vurdering og videresending for trombektomi ved første instans, og sekundært en større risiko for dårligere funksjonsutfall for den enkelte pasient. Dette gir dårligere kvalitet og pasientsikkerhet for pasienter fra dagens opptaksområde. Det er ikke underforstått at pasienter fra Brønnøysund og Sømna får et dårligere tilbud som følge av høringsforslaget, de har tross alt fått en forsterkning av pasientsløyfen for hjerneslag som ikke eksisterte tidligere. For pasientene i vårt dekningsområde vil dette derimot medføre en betydelig reduksjon av kvaliteten, noe som har alvorlige konsekvenser, ikke bare for den enkelte pasient, men også for samfunnet, siden økende funksjonsutfall som følge av suboptimal behandling av hjerneslag medfører økt behov av kommunale omsorgstjenester innenfor pleie, omsorgsboliger, samfunnsøkonomi osv.

Høringsforslaget bærer etter vår mening i denne saken preg av manglende faglig innsikt i hva akutt slagbehandling faktisk innebærer, og hvilke konsekvenser det i praksis får for pasienttilbudet og den enkelte pasient. Akutt medisinsk hjelp i spesialisthelsetjenesten handler om mer enn kun trombolyse og en enkel CT hjerne, eller å ha mulighet til å starte med antibiotika prehospitalt. e-STROKE er et nyttig verktøy, men erfaringsmessig ikke tilstrekkelig for totalvurderingen.

Å bruke erfaringer fra DMS Brønnøysund som et argument i seg selv for å ta vekk et fullverdig tilbud i hjerneslagsløyfen holder overhodet ingen vitenskapelig eller faglig tyngde til å kunne brukes som et reelt argument for forslaget. Det er bare et spørsmål om tid før vi vil begynne å se de negative konsekvensene for enkeltpasienter som mister tid til trombektomi. Når det oppstår livskritiske situasjoner i forbindelse med hjerneslag (blødning/trombe), for eksempel nedsatt bevissthet og kramper - hvordan skal man håndtere dette? Vil pasienter med akutt alvorlig hjerneblødning kunne stabiliseres og behandles på forsvarlig måte før raskest mulig transport til nevrokirurgisk senter av legevakt og ambulanse alene? Det samme gjelder pasienter med hjerteinfarkt, som ved mislykket metalyse får et betydelig lengre tidsvindu med en ustabil sirkulatorisk tilstand med høy mortalitet. Dette kan også videreføres til andre akutte indremedisinske tilstander f. eks ustabile sepsispasienter/septisk sjokk som har behov for intensivbehandling så raskt som mulig.

Logistikkmessig vil høringsforslaget være utfordrende/komplisert både for primærhelsetjenesten og også delvis inhospitalt mtp. akutte indremedisinske og kirurgiske problemstillinger. For innleggende leger kan det være uavklarte medisinske problemstillinger/gråsonepasienter som gjør det vanskelig å sortere til hvilken enhet og sykehuslokasjon pasientene skal rutes.

Høringsforslaget av 04.11.24 innebærer kun ulemper, ingen fordeler for befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal. I tillegg vil det medføre tap av tjenester for innlagte pasienter ved SSJ/MIR med akutt nevrologiske, oftalmologiske og urologiske problemstillinger med behov av spesialistkompetanse innenfor respektive fag. Helgelandssykehuset som helhet mister også bufferkapasitet ved overfylte avdelinger. (De siste 5 årene har vi i med. Avd. MSJ hatt nær 1000 innleggelser med pasienter utenfor vårt dekningsområde, dette nettopp p.g.a. helgelandsfunksjoner, men også ofte ved bruk av overbeleggsprosedyre). Forslaget innebærer betydelig dårligere pasientsikkerhet med klar kvalitetssenkning av det medisinskfaglige tilbudet fra spesialisthelsetjenesten HSYK, og vi som leger er meget bekymret for våre pasienter i kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal, men også hele Helgeland som helhet. Legevakt og ambulanse kan ikke erstatte den akuttmedisinske kompetansen som eksisterer i HSYK MSJ i dag. Noen labprøver er også krav før man kan utføre i.v. trombolyse (trombocytter og INR), her står intet om evt. Bioingeniør i vakt eller hvordan man i praksis har tenkt å utføre dette.

Det gjenfinnes heller ikke dokumentasjon på utført ROS-analyse av relevant medisinskfaglig ekspertise i foreliggende høringsutkast, dette bør helt klart gjennomføres. Argumentet med erfaringer fra DMS Brønnøysund bør strykes, siden erfaringsgrunnlaget er altfor lite til å ha faglig tyngde, men fremstår som misvisende og som om forfatterne mangler det underforståtte kunnskapsgrunnlaget for dagens spesialisthelsetjenestetilbud for akutt hjerneslagbehandling.

For å unngå fatale konsekvenser for pasienter med hjerneslag som ved dagens drift tilhører nedslagsfelt HSYK MSJ, vil vi foreslå å beholde radiograf og evt. Bioingeniør i vakt for å kunne fasilitere CT med i.v. kontrast og mulighet for direkte videresending av pasienter for trombektomi til St. Olavs eller UNN etter 1. stegs utredning ved radiologisk avdeling HSYK MSJ, uten forsinkelser med reisevei + mottak ++ via HSYK SSJ (Tid = hjerneceller). For de andre akuttmedisinske tilstandene vil det på dagtid være mulig å stabilisere kritiske pasienter forutsatt at man har personell i akuttberedskap inklusiv anestesi, akuttstue for mottak av disse pasientene, samt tilhørende oppdatert MTU (medisinskteknisk utstyr). For pasienter som er uheldige å bli alvorlig syke på kveld, natt og helg har man ingen løsning på dette uten å videreføre vaktlinjene, evt delvis dekke opp med å utvide tjenestetilbudet til kveldstid. Her må ledelsen forberede seg på at liv vil gå tapt.

Akuttilbudet med dagkirurgi i MSJ og mulighet for overnatting for de urologiske pasienter bør bestå. I praksis vil evt. innføring av dette høringsforslaget over flere år fremtvinge videresending av urologiske pasienter nordover eller sørover, siden tilbudet med stor sannsynlighet ikke vil eksistere på helgeland før om flere år (forutsatt at man klarer å bygge opp et helt nytt urologisk fagmiljø i SSJ). Det samme gjelder for nevrologiske pasienter med behov for innleggelse, som ikke er hjerneslagpasienter. Pasienttilbudet for disse to sårbare pasientgruppene vil forsvinne. Dette gir dårligere pasienttilbud og nedsatt pasientsikkerhet.

For andre tidskritiske tilstander bør korteste reisevei fortsatt være 1. prioritet, selv om det i sum antageligvis vil resultere i fatale utfall for noen, siden tidsvinduet/reisevei uansett vil bli for langt uten mulighet for stabilisering ved HSYK MSJ før videre transport. Alternativ blir anestesilegebemannet lufttransport, noe vi vet både tar tid og ikke alltid er tilgjengelig innenfor et kritisk tidsvindu.

2. Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver

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

Innspill:

Høringsforslaget av 04.11.24 vil sammenlignet med dagens beredskapsnivå gi betydelig svekket beredskapsnivå innen HSYK med betydelig lengre reisevei for befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal ikke minst i mtp. akutte tidskritiske sykdomstilstander som nevnt under punkt 1. I tillegg vil forslaget også føre til manglende akuttnevrologisk og bredt akutturologisk tilbud/beredskap innen HSYK.

HSYK vil også miste muligheten for stabilisering av akutte indremedisinske og kirurgiske sykdomstilstander. Dette inkluderer også traumepasienter som skades nært sykehuset hvor mer enn 10 000 personer er bosatt eller jobber på større industribedrifter som Alcoa, samt pasienter som er skadet i trafikkulykker langs E6, ca. 10 mil sør for Mosjøen til Trøndelagsgrensen.

Der er også foreslått i høringsutkastet at det skal være kirurgisk skadepoliklinikk og øyeblikkelig hjelp funksjon ved medisinsk poliklinikk ved HSYK MSJ på dagtid. Dette krever personell i akuttberedskap, akuttstue for mottak av disse pasientene samt tilhørende oppdatert MTU (medisinskteknisk utstyr).

I punkt 2/beredskapsnivå mangler også ROS-analyse utført av medisinsk faglig kvalifisert personell. Dette bør gjennomføres.

Mtp. betydelig reduksjon i beredskap og redusert pasientsikkerhet bør det vurderes nøye om det i høringsforslaget ikke foreligger brudd på gjeldende lovverk i spesialisthelsetjenesteloven, §2-1, §2-2, §3-1 og §3-4.

3. Forsvarlig totalbelastning på personell

Arbeidsbelastningen på personellet ved Helgelandssykehuset?

Innspill:

HSYK MIR og HSYK SSJ anses som de rette til å uttale seg i fht. totalbelastningen på personell ved overføring av funksjoner inkludert akuttfunksjon fra HSYK MSJ til de nevnte lokasjoner. Sannsynligheten er dog stor for at HSYK MIR og HSYK SSJ vil få behov for økte personellressurser, særlig mtp. opprettelse av ikke-eksisterende fagmiljø i urologi ved SSJ.

Personell ved HSYK MSJ har tydelig gitt uttrykk for at de ikke kommer til å pendle fra Mosjøområdet til HSYK MIR eller HSYK SSJ, nærmest 0 pendlervillighet. De fleste av fagpersonellet har også gitt uttrykk for at det kunne vært aktuelt å pendle dersom man fikk ETT akutt sykehus med akseptabel pendlertid og lokalisering sentralt på Helgeland. Spesialister og Leger i spesialisering ved HSYK MSJ er ikke et unntak, LIS-stillinger forsvinner, rekrutteringsmulighetene begrenses, og det blir bare et spørsmål om tid før de fleste finner seg jobb utenfor HSYK, pensjonerer seg eller flytter til andre regioner. Dette medfører tap av

verdifull fagkompetanse innen HSYK som kan gi dårligere kontinuitet, kvalitet og påfølgende manglende kostnadskontroll pga. nødvendighet av kostbar innleie av fagpersonell. Uten leger og spesialister er det svært lite i spesialisthelsetjenesten man kan forsvarlig tilby av tjenester.

Tilgang på kvalifisert helsepersonell har vist seg å være den mest sårbare faktoren og rekrutteringsevne anses svært viktig.

Dersom noen mot formodning skulle velge å pendle til HSYK MIR og HSYK SSJ vil dette selvsagt være svært belastende for den enkelte arbeidstaker med pendlertid 60-90 minutter x 2 per dag, de fleste yngre leger og leger i spesialisering er i en etableringsfase av livet, det sier seg selv at det for dem ikke er forenlig med familieliv og pendling i den skala som foreslås.

Det foreligger ROS-analyse i fht. pendlervillighet foretatt på bakgrunn av annet vedtak som også bekrefter minimal pendlervillighet. Ny ROS-analyse på bakgrunn av eksisterende vedtak av 03.07.24 og høringsutkast av 04.11.24 bør gjennomføres.

4. Forsvarlig bruk av bygg og utstyr

Bruk av bygg og utstyr ved Helgelandssykehuset?

Innspill:

I hht. gjeldende vedtak skal eksisterende bygg benyttes i størst mulig grad. Bygningsmasse og utstyr ved HSYK MSJ har relativt bra tilstandsgrad, og drift i HSYK MSJs lokaliteter bør derfor videreføres i størst mulig grad. Spesielt HSYK SSJ har bygningsmasse av dårlig kvalitet, og det bør vurderes om det er økonomisk forsvarlig å investere i oppgradering av denne bygningsmassen. Dette også med tanke på at Sandnessjøen som minste vertsby for sykehuslokasjonene har få sekundærarbeidsplasser og erfaringsmessige de største rekrutteringsvanskene av sykehuslokasjonene innen HSYK. HSYK SSJ har ved flere anledninger etterlyst flere pasienter å øve seg på, men dette betinger jo delvis tilflytning til HSYK SSJ sitt nedslagsfelt. Slik vi ser det blir det neppe noen stor befolkningstilstrømning til Sandnessjøen pga gjeldende vedtak og høringsforslag med foreslåtte pasientflyt fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Igjen må man også argumentere for at utstyr og personell ift. særlig pasientsløyfen hjerneslag består ved HSYK MSJ, særlig også mtp. at det faktisk også er i MSJ det eksisterer spisskompetanse innenfor nevrologi.

Det påminnes om at et av utgangspunktene for løsningsforslaget er sagt å være pasientenes interesser, pasientsikkerheten skal være førende. Hvis bygningsmassen i SSJ er for liten og nødvendig finansiering ikke er tilgjengelig i dag, bør man utsette gjennomføringen til ressurser kan sikres, og man kan tilby befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal en bedre, og mer forsvarlig tilgang til akutte tjenester både i dag og i fremtiden.

5. Forsvarlig økonomi

Økonomisk drift ved Helgelandssykehuset?

Innspill:

Den viktigste ressursen for å lykkes fremover i HSYK både faglig og økonomisk er å i størst mulig grad få på plass fast ansatt medisinsk fagpersonell med god kvalitet i pasientbehandlingen og påfølgende kostnadskontroll. Rekrutteringsevne anses derfor helt essensielt. Dette betinger en viss størrelse på vertsby for akuttstusykehus med et visst volum av sekundærarbeidsplasser, jfr. punkt 3 over. Pendlervillighet fra Mosjøområdet til HSYK MIR og HSYK SSJ er tilnærmet null. Fagpersonell fra HSYK MSJ har tydelig signalisert at dersom gjeldende vedtak gjennomføres finner de seg jobb utenfor HSYK. Tap av nøkkelpersonell vil igjen medføre risiko for nedleggelse av funksjoner som f.eks. nevrologi og urologi. Å bygge opp slike robuste fagmiljø på nytt fra bunnen av tar som kjent minst 10 år. Man kan til en viss grad kompensere med dyr innleie ikke minst via byrå/firma som medfører svært høye kostnader og ytterligere forverring av økonomien i HSYK. I tillegg vil det bli lekkasje av pasienter fra aktuelle fagmiljø, som ikke lengre har et fullverdig tilbud i HSYK, til andre foretak.

Det er en stor svakhet ved høringsutkastet av 04.11.24 at der ikke foreligger økonomiske beregninger. Økonomiske kalkyler bør utføres og også selvsagt ROS-analyseres.

6. Fritekst

Kommentarer eller innspill

Innspill:

Medisinske leger HSYK MSJ opprettholder vårt standpunkt om at det eneste bærekraftige for fremtidig sykehusstruktur på Helgeland for pliktig forsvarlighet og pasientsikkerhet, fagpersonell og økonomi, er ETT akuttstusykehus sentralt plassert på Helgeland. Først da, kan vi på Helgeland med nedslagsfelt på ca. 76 000 mennesker, få robuste medisinske fagmiljø, bedre kvalitet og bedre kostnadskontroll.

Dersom Vestres vedtak av 03.07.24 og høringsutkast av 04.11.24 vedtas og gjennomføres presiseres og foreslås følgende for å minimere de negative konsekvensene for befolkningen og pasientene fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal samt hele Helgelands befolkning:

- Opprettholde og videreutvikle dagmedisinsk tilbud ved KIP (Kreft og infusjonspoliklinikk) og dialyseavdeling ved HSYK MSJ
- Opprettholde og videreutvikle veldreven medisinsk poliklinikk inkludert nevrologisk poliklinikk ved HSYK MSJ.
- Etablere døgnbasert sengepost ved HSYK MSJ 24/7-365 med rehabilitering inkludert nisje spesialisert hjerterehabilitering, palliasjon, nevrologi, ikke-akutte utredningspasienter inkludert pakkeforløp kreft samt medisinske og kirurgiske pasienter som ikke har behov for opphold ved akuttmedisinsk eller akuttkirurgisk sengepost. Nevrologene presiserer viktigheten av sengepost i fht. utredning, diagnostikk og behandling av div. nevrologiske sykdomstilstander. Fjerning av alle døgnfunksjoner i høringsutkastet er ikke i tråd med Vestres vedtak av 03.07.24 som kun angir flytting av akuttfunksjoner. Vi anser det derfor som en selvfølge at skal sengepost ved HSYK MSJ skal videreføres, dette vil også gi muligheter for å beholde en del utdanningsstillinger, LIS1 og LIS2/3, som kan stabilisere fagmiljø og delvis også bidra til rekruttering på sikt.

- Opprettholde og videreutvikle dagkirurgisk tilbud innen generell kirurgi, urologi, plastikkirurgi og ortopedi med anestesi inkludert.
- Opprettholde og videreutvikle generellkirurgisk og urologisk poliklinikk.
- Opprettholde og videreutvikle øye- og hudpoliklinikk.
- Opprettholde laboratorium og blodbank med analyserepertoar og funksjoner som i dag samt at HSYK MSJ i fremtiden foreslås som lokasjon for oppstart av trombocyttoproduksjon i HSYK. HSYK MSJ kan evt. også overta analysering av laboratorieprøver fra større del av PHT på Helgeland.
- Opprettholde og videreutvikle Røntgenenheten ved HSYK MSJ som i dag med konvensjonell røntgen inkludert gjennomlysning, ultralyd, CT og MR. Ønskelig med radiograf i vakt mtp. Fullverdig CCT med mulighet for kontrast ved hjerneslagproblematikk. Dette bla. mtp. overflytting høyere nivå for evt. trombektomi.
- Opprettholde et bredt medisinsk fagmiljø ved HSYK MSJ som nevnt over inkludert skadepoliklinikk og øyeblikkelig hjelp funksjon ved medisinsk poliklinikk som kan bidra til opprettholdelse av deler av LIS1 og LIS2/3 utdanningen ved HSYK MSJ.

Ovenstående kan bidra til noe større medisinske fagmiljø ved HSYK MSJ som igjen kan bidra til rekruttering og stabilisering av helsepersonell ved HSYK MSJ. Dette vil også bidra til et tilbud til befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal nært der de bor, dette ikke minst i fht. kronikere og eldre skrøpelige pasienter. I tillegg kan tiltakene bidra til opprettholdelse av de 5 Helgelandsfunksjonene (nevrologi, urologi, hud, øye og plastikkirurgi) som kommer hele Helgelands befolkning til gode.

ETT sykehus vil på sikt tvinge seg frem, og i mellomtiden blir utfordringen å beholde kompetent fagpersonell/medisinsk ekspertise i HSYK. Ved videreføring med dagens drift i de 3 sykehuslokalisasjonene, fremtidig planlegging og avklart tidsperspektiv for ETT stort akuttsykehus kan vi lykkes med dette.

For øvrig bærer dokumentet noe preg av manglende kvalitetssikring av informasjon og manglende faglig innsikt innen flere av fagområdene.

Ref. over er det også helt misvisende å referere til erfaring fra oppstart fjernstyrt CCT ved mistanke om hjerneslag i Brønnøysund når tidsaspektet er så kort (oppstart i slutten av sept. 24). Fullverdig CCT ved hjerneslagsproblematikk har vært veletablert ved HSYK MSJ i årevis og gjennomføring av høringsforslaget vil medføre betydelig dårligere pasientsløyfe og tap av tilbud for befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal sammenlignet med Brønnøysund som har fått et nyopprettet tilbud som ikke eksisterte tidligere.

Det registreres at intet er sagt i høringsutkastet 04.11.24 i fht. behandling av barn i HSYK. Etter vår mening er det helt urealistisk å etablere barneavdeling med eksisterende høringsutkast med flerdelt akuttsykehuslokalisering. Dette har også konsekvenser mtp. evt. 5. og 6. års medisinstudentutdanning ved HSYK som da ikke blir mulig. Dersom man hadde fått vedtak om ETT stort akuttsykehus på Helgeland ville det vært realistisk å få til både barneavdeling og de 2 siste årene av legeutdanning ved HSYK kunne blitt mulig.

Det er i ovenstående etterlyst diverse manglende ROS-analyser ut fra eksisterende vedtak (Vestre) 03.07.24 og foreslåtte høringsutkast 04.11.24 utført av relevant personell (inkludert ikke minst medisinskfaglig personell) samt økonomiske kalkyler, og dette bør absolutt gjennomføres.

Det presiseres det viktigheten av at nye ROS-analyser i fht. pasientsikkerhet og tilgang til fagpersonell bør foretas når endelige beslutninger/presiseringer i styremøte i Helse Nord 25.02.25 foreligger, inkludert økonomiske kalkyler som så langt mangler.

Mvh

Medisinske leger HSYK Mosjøen ved:

Elin Gravbrøt, Spesialist i indremedisin

Christian Hansen, Spesialist i indremedisin

Reidar Berntsen, Spesialist i Indremedisin

Stefan Petrik, Spesialist i Kardiologi og Indremedisin

Carina Linderfalk, Spesialist i Kardiologi og Indremedisin

Sergej Scheel Exner, Spesialist i Kardiologi og Indremedisin

Muhammed Al-Tamimi, Spesialist i Indremedisin

Alois Sjo de Windt, Spesialist i Nevrologi

Dorota Slowinska, Spesialist i Nevrologi

Sandra Foreid, Spesialist i Nevrologi

Eilin Andvord Søbstad, Lege i spesialisering Indremedisin

Iselin Solvang, Lege i spesialisering Indremedisin

Sigurd Windtfeldt, Lege i spesialisering Indremedisin

Fatima Hussain, Lege i spesialisering Indremedisin

Ayub Lodhi, Lege i spesialisering Endokrinologi

Amir Suljevic, Lege i spesialisering

Eina Sandstad, Lege I spesialisering

Sigrid Sandli, Lege i spesialisering

Lillian Sævareid, Lege i spesialisering

Maria Fehn Stensen, Lege i spesialisering

Olayemi Williams, LIS1-vikar