

Høringsinnspill: Forsvarlig drift ved Helgelandssykehuset

Jamfør mandat 3.3.

Innspillet kommer fra: Hattfjelldal kommune

Dato:

Innsending til: postmottak@helgelandssykehuset.no

1. Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient

Hvordan vurderes kvaliteten på behandlingen av pasientene ved forslaget?

Innspill: Dette er det sentrale spørsmålet, som alt av endringskonsekvenser koker ned til. Jamfør Foretaksmøtet i Helse Nord 3.7.2024 ga denne føringen: «Funksjonsfordelingen mellom de to akutt sykehusene skal skje på en måte som støtter opp under akuttfunksjonene og en bærekraftig og framtidsrettet drift begge steder». Er ikke driften bærekraftig og fremtidsrettet, vil kvaliteten på behandling av den enkelte pasient lide.

Det største spørsmålet rundt hele rapporten er om premisset som er lagt; avgjørelsen rundt å dele et sykehus på to lokasjoner, er bærekraftig og fremtidsrettet. Med et så lite befolkningsgrunnlag (rundt 76 000), er det svært uheldig at man har valgt et sykehus med to lokasjoner. Særlig innen akutte funksjoner vil oppsplitting av fagmiljøer være uheldig, både med tanke på personale, vaktlinjer, innbyrdes avhengige fagfunksjoner og ikke minst erfaringsgrunnlag. Det er et adressert problem i rapporten som ikke ansees løst; behovet for kompetanse innen tarmkirurgi for LIS i generell kirurgi i Sandnessjøen. Videre at det ikke vil være ortopedisk akuttfunksjon i Sandnessjøen, og at dette sykehuset dermed ikke vil ha noen reell funksjon som akutt sykehus innen traumer.

For indremedisin, akuttmottak og intensivmedisin er det uheldig med en slik oppdeling av fagmiljøer, i en allerede svært sårbar personalsituasjon. Resultatet er to avdelinger, som begge har et lite opptaksområde (knappe 40 000 på hver lokasjon ved lik fordeling). Det er skissert i rapporten at det selvsagt vil være store utfordringer med en slik flytting, og at mye taler for at det vil være mer hensiktsmessig å flytte pasientene fra dagens opptaksområde for Mosjøen til Mo i Rana. Dette vil medføre et vedvarende lavt pasientgrunnlag i Sandnessjøen med bare 10% øke fra dagens (til ca 29 000). Ser man da også på de utfordringene som er nevnt i forrige avsnitt med manglende tunge kirurgiske fagfelt som tarmkirurgi og ortopedi i Sandnessjøen, står vi igjen med et "A-sykehus" i Mo i Rana og et "B-sykehus" i Sandnessjøen. Dette er ikke bærekraftig, dette er ikke fremtidsrettet. Dette må tydelig kommuniseres til Helse Nord og helseminister.

Vi mener at dette tydelig viser at man her står ovenfor et utfordringsbilde som fordrer at man ikke handler for hastet. Skal en flytting av funksjonsnivåer gjennomføres, må det tilrettelegges for at man kan ha jevnbyrdige indremedisinske avdelinger i både Sandnessjøen

og på Mo, og man må finne realistiske løsninger på den skjevheten som er i det kirurgiske tilbudet slik det er skissert. Vi er fullt inneforstått med (og enige i) at det er faglig fornuftig å ha tarmkirurgi og ortopedi samlet ved et sykehus. Men hvordan man skal skape LIS-stillinger som er interessante å søke på i Sandnessjøen, fremstår som en meget stor utfordring.

Vi vil her understreke forståelse for at man har gjort disse betraktningene gitt utfordringer med areal og personal, og de premisser som er satt for å gjennomføre denne utredningen. Men det viser med stor tydelighet det svake faglige grunnlaget premisset for oppdelingen av sykehuset i to lokasjoner bygger på.

Gitt at avgjørelsen om et sykehus på to lokasjoner blir stående ved lag, mener vi at Helgelandssykehuset ved det fremlagte forslag til funksjonsfordeling har skissert et så godt tilbud som mulig til befolkningen - men et betydelig dårligere tilbud enn hva ett samlet sykehus ville gitt. Vi mener det er viktig at det blir gått noen runder til for å sikre en mer likelig fordeling på de indremedisinske avdelingene. En flytting før man kan finne en mer likelig fordeling og dimensjonering av de to indremedisinske avdelingene vurderes som prematur.

2. Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver

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

Innspill: Skissert opptrapping av ambulansetjenesten i Vefsn, Hattfjelldal og Grane er avgjørende for å sikre god prehospital beredskap ved ny funksjonsfordeling. Her mener vi Helgelandssykehuset har en god og realistisk tilnærming.

3. Forsvarlig totalbelastning på personell

på personellet ved Helgelandssykehuset?

Innspill: Dette er vanskelig å svare på, uten å se en ROS-analyse på dette avgjørende feltet.

4. Forsvarlig bruk av bygg og utstyr

Bruk av bygg og utstyr ved Helgelandssykehuset?

Innspill: Som for punkt 3, er dette vanskelig å svare på uten å se en ROS-analyse på feltet. Det legges merke til at man baserer seg på midlertidige løsninger både i Sandnessjøen og Mo i Rana for å få til flyttingen. Her vil et tidsperspektiv være viktig, ikke minst med tanke på belastningen på pasienter som skal oppholde seg og personale som skal arbeide i midlertidige løsninger (og evt senere gjennom ombyggingsfaser).

“Sykehusbygg har i prosjekt Nye Helgelandssykehuset og i forbindelse med Helgelandssykehusets styresak 9-2023 vurdert forholdene ved bygningsmassen i Sandnessjøen. Det er pekt på diverse muligheter for å frigjøre mer plass til pasienter, forutsatt at løsningene er midlertidige” (s. 14). Angitt knappe 700 m² på Mo og 800 m² i Sandnessjøen, vanskelig å vurdere egnethet og kostnader ved å benytte disse arealene. Hva betyr midlertidighet? Vil det foreligge noen realistisk plan for permanente løsninger? Man må seg for seg et realistisk tidsperspektiv her for å unngå vedvarende drift i lokaler som ikke er tilegnet dette. Flytting av funksjoner vil også medføre økt behov for areal til personale. Dette er ikke omtalt.

5. Forsvarlig økonomi

Økonomisk drift ved Helgelandssykehuset?

Innspill: Rapporten gir lite innsyn i dette, utover at man har fått som et premiss at det i utgangspunktet ikke skal benyttes særlig ekstra ressurser ved en omfordeling av funksjoner. Hvorvidt dette er realistisk stiller vi spørsmål ved, og oppfatter også at rapporten stiller spørsmål ved dette.

6. Fritekst.

Kommentarer eller innspill

Innspill:

Jamfør side 15 i rapporten er det totalt 59 indremedisinske senger. Belegget er oppgitt til 20 041 liggedøgn. Fullt belegg er $59 \times 365 = 21\,535$. Dette tilsier et belegg på 93% (2023). Tallene fra jan - okt 2024 er lavere, og særlig for Mosjøen. Det ville vært nyttig med noen betraktninger rundt dette - ser man den samme trenden også historisk, med lavere belegg i Mosjøen? Det fremgår at sengetetthet er rimelig lik på de tre avdelingene; 1 seng pr 1 313 innbygger på Mo, 1 seng pr 1 312 i Sandnessjøen og 1 seng pr 1 249 i Mosjøen.

Side 21/22 i rapporten omhandler ressurs- og arealkrevende drift ved intensivavdelingene. Det er ikke gått nærmere inn på hvilke arealmessige konsekvenser det vil ha med flytting av hverken intensivavdeling eller akuttmottak fra Mosjøen. Disse kommer i tillegg til flytting av indremedisinsk avdeling.

Etablering av døgnenhet innen psykiatri, godkjent for innleggelse etter tvangsparagraf, støttes sterkt. Det vil være en betydelig forbedring av tilbudet for pasientene på Helgeland, med større nærhet til tjenesten. Tilsvarende vil det være en betydelig støtte for primærhelsetjenesten å ha dette akutt-tilbudet i langt større nærhet enn dagens løsning ved bruk av avdelingen i Bodø.

Fremskrevet behov for TSB-kapasitet er angitt som betydelig. Det hadde vært nyttig i denne sammenhengen å omtalt eventuelle planer innen dette feltet, og om dette kan knyttes opp mot de endringer i helseforetaket som nå planlegges. Et adekvat tilbud innen dette fagfeltet er svært viktig.

Endringer som er skissert med tanke på lab- og røntgentjenester ansees som fornuftige. Helt avgjørende at det etableres døgnbasert slagalarm i Mosjøen, slik det er skissert.

De aktuelle indremedisinske polikliniske dagtilbudene som man ønsker å beholde i Mosjøen er viktige å følge opp som skissert, da dette vil ha mye å si for befolkningen i Vefsn, Hattfjelldal og Grane.

Side 26: "I kapittel 3 om personal, utdanning og kompetanse er det referert til arbeidet som pågår for å sikre tilstrekkelig breddekompetanse hos overleger i kirurgiske og medisinske fag." Jamfør omtale i kapittel 3, har man her bare kommet frem til nasjonale anbefalinger, uten at det fremgår at det er gjort noe konkret i spesialistutdanningen. Hvordan er situasjonen med tanke på breddekompetanse i overlegeskiktet på Helgelandsykehuset i dag, og hvordan ser man dette om 5 og 10 år?

Tanken om observasjonspost/Intermediærsenger vurderes som problematisk. Det er viktig å påpeke utfordringer med en slik modell. Etter alle praktiske og legale formål vil dette være en KAD-avdeling i tråd med Helse og omsorgstjenesteloven §3.5. Ansvaret vil tillegges kommunen, ivarettatt av vakthavende lege. Ansvarsforholdet vil være det samme selv om man har beslutningsstøtte fra Helgelandsykehuset. Denne beslutningsstøtten har man også i dag, gitt helseforetaket sin lovpålagte plikt til veiledning. En kommunal observasjonspost kan fungere godt når det er kort vei til sykehus. Er det lang vei, som i dette tilfellet, er det en stor risiko for at en slik post blir en pasientfelle. De såkalte "unødvendige" innleggelsene skyldes nettopp legevaktlegenes ansvar for en totalvurdering av pasienten, der kunnskap om logistikk og avstand er sentralt. Man ønsker å få pasienten inn til sykehuset før tilstanden blir kritisk. I en løsning som skissert, vil legevaktlegen sitte med det vedvarende ansvaret, selv om vedkommende har vurdert at pasienten skal innlegges. Det er også en organisatorisk utfordring, da det per i dag ikke foreligger noen sentral avtale som kan tillegge fastleger/legevaktleger en plikt til å ha et vaktansvar ved KAD-avdeling. Dette vil kreve lokale avtaler. Gitt utfordringene som foreligger med rekruttering og stabilisering av fastleger i regionen, er det lite klokt å tillegge et slikt ansvar til vaktlegene i gjeldende kommuner. En mer forsvarlig løsning ville være en observasjonspost tilknyttet akuttmottaket i Sandnessjøen, styrt av spesialist i akutt- og mottaksmedisin.

Oppbygging av rehabiliteringsavdeling i Mosjøen, som et samarbeid mellom kommuner og Helgelandsykehuset. Dette vurderes som et interessant, innovativt og fremtidsrettet tiltak. Det er i dagens helsevesen en påfallende skjevfordeling, der man legger store ressurser i akutt beredskap og behandling, mens det dessverre ofte skorter på den svært avgjørende rehabiliteringen når akuttfasen er over. Kommunene har et selvstendig ansvar for deler av rehabiliteringstilbudet, men det er svært utfordrende å bygge opp et faglig godt tilbud i særlig små kommuner. Det er ofte vanskelig nok å skaffe fagpersoner nok til å kunne drifte grunnleggende tjenester. Vi gir full støtte til initiativet fra Vefsn kommune og Helgelandsykehuset.