

Møtedato: 26. september 2018

Arkivnr.:
2018/12-74/012

Saksbeh/tlf:

Sted/Dato:
Bodø, 14.9.2018

**Styresak 124-2018/3 E-post med vedlegg av 5. september 2018 fra
Vefsn Kommune ad. Helgelandssykehuset 2025**

Se vedlagt kopi.

Fra: Vefsn kommune[post@vefsn.kommune.no]
Dato: 05.09.2018 09:47:02
Til: Postmottak-RHF (postmottak@helse-nord.no)
Tittel: Helgelandssykehuset 2025

Vår referanse: Saksnr: 16/2466-44
Oversender vedlagte dokument.

Med vennlig hilsen
Rigmor Jenssen Leknes
formannskapssekretær
Politisk sekretariat

Helgelandssykehuset

Dato: 04.09.2018

Saksb: Rigmor Jenssen Leknes

Tlf: 75 10 10 12

Saknr: 16/2466

Deres ref.:

Vefsn kommunes vurdering av Rana kommune sitt saksfremlegg «Helgelandssykehuset 2025 – utredningsalternativ og utredningsplikt».

Vedlagt ligger Vefsn kommunes vurdering av Rana kommune sitt saksfremlegg «Helgelandssykehuset 2025 – utredningsalternativ og utredningsplikt».

Saksfremlegget fra Rana kommune ble sendt fra kommunaldirektør tekniske tjenester Jan Erik Furunes til Helgelandssykehuset 22.8.18 og også videresendt til ekstern ressursgruppe.

Vi gjør Helgelandssykehuset oppmerksom på at i likhet med Rana kommune sendes vårt skriv også til Helse Nord, Sykehusbygg, Nordland Fylkeskommune og Fylkesmannen i Nordland.

Vi håper Helgelandssykehuset gjør vedlegget tilgjengelig for ekstern ressursgruppe.

På forhånd takk.

Med vennlig hilsen

Jann-Arne Løvdahl
Ordfører

Erlend Eriksen
rådmann

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og er derfor ikke signert

Kopi til: Helse Nord, Sykehusbygg, Nordland fylkeskommune, Fylkesmannen i Nordland

Vedlegg: Vurderinger fra Vefsn kommune

Vefsn kommunes vurdering av Rana kommune sitt saksfremlegg «Helgelandssykehuset 2025 – utredningsalternativ og utredningsplikt».

22.08.18 sendte Rana kommune saksfremlegg og forslag til rådmannens innstilling i sak «Helgelandssykehuset 2025 – utredningsalternativ og utredningsplikt» til Helgelandssykehuset.

Saken ble behandlet i formannskapet i Rana 28.8.18 og deretter i kommunestyret 4.9.18.

Saksbehandler av saksfremlegget og avsender av følgebrev er Jan Erik Furunes. Furunes viser spesielt til punkt 2. i saksfremlegget. Saksfremlegget i sin helhet ble også sendt til Helse Nord, Sykehusbygg, Nordland Fylkeskommune og Fylkesmannen i Nordland.

Foruten forslag til rådmannens innstilling er det en del bakgrunnsmateriale for pkt. 2 i saksfremlegget. Avslutningsvis er det en oppsummering der det argumenteres hvorfor det bør være en tosykehusmodell på Helgeland, der det største sykehuset legges til Mo i Rana.

I pkt. 2 i rådmannens innstilling står det å lese:

«Helse Nord og Helgelandssykehuset bes redegjøre nærmere for følgende tre forhold, herunder betydningen det har for både prosjektet og fremdriften:

- a. Hvordan nasjonal helse- og sykehusplan (stortingsvedtakene med romertallene II og IV samt en av flertallsinnstillingene) blir lagt til grunn?*
- b. Hvordan plan- og bygningslovens paragraf 4-2 (krav til særskilt vurdering og beskrivelse i form av konsekvensutredninger) blir etterlevd?*
- c. Hvordan veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter (krav til alternativvurderinger/ kostnader og at utviklingsplanen ikke er i tråd med ny veileder og nasjonal helse- og sykehusplan) blir tatt hensyn til?»*

Vefsn kommune ser det nødvendig å kommentere pkt. 2 i rådmannens innstilling. Vi mener det er nødvendig i utredningsprosessen for HSYK 2025 at informasjonen ekstern ressursgruppe får i prosessen er balansert og etter vår oppfatning, også er riktig.

Avslutningsvis i vårt brev argumenterer vi for sykehusstrukturen på Helgeland som i likhet med fagmiljøet og majoriteten av befolkningen på Helgeland også ønsker, en ettsykehusmodell der ett stort akuttisykehus lokaliseres sentralt på Helgeland.

Vurdering av innstillingens pkt. 2a)

Generelt om akutfunksjoner sett opp mot Nasjonal helse- og sykehusplan:

Nasjonal helse- og sykehusplan har syv hovedområder:

- Styrke pasienten
- Prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling
- Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten
- Nok helsepersonell med riktig kompetanse
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Kapittelet om bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene har skapt debatt, da særlig utfordringene knyttet til hvordan den faglige utviklingen med fortsatt superspesialisering av kirurgiske fag kan knyttes til små pasientvolum ved mindre sykehus.

I arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan har to faglige rådgivningsgrupper uttalt seg om det framtidige akuttilbudet i sykehus. Den ene rådgivningsgruppen besto av forskere, fagfolk og andre ressurspersoner. Denne gruppen uttalte at utviklingstrekkene entydig peker i retning av at mer sentralisering av akuttkirurgi er en forutsetning for likeverdige tilbud av høy kvalitet, og dermed for å skape en helsetjeneste der pasientens behov står i sentrum for utvikling av innholdet. Gruppen anbefaler derfor samling av akuttkirurgi på vesentlig færre og større akuttsykehus.

Det ble også nedsatt en faglig rådgivningsgruppe med medlemmer fra Legeforeningens spesialitetskomiteer i gastrokirurgi, ortopedi, generell kirurgi, anestesi, gastromedisin, kardiologi og indremedisin og to representanter fra sykehus som i dag ikke har akuttkirurgi. I sin rapport "Faglige konsekvenser av alternativer for sykehusstruktur", uttalte disse at økt oppgavedeling og differensierte akutfunksjoner er den organiseringen som vil gi best kvalitet og sikkerhet for pasientene.

Det kan bemerkes at begge de faglige rådgivningsgruppene anbefalte en nedre grense for opptaksområde for akutt kirurgi på 80–100 000 innbyggere. Anbefalingene var basert på det en vet om forholdet mellom volum og kvalitet, kunnskap om den faktiske akuttkirurgiske aktiviteten på sykehus av ulik størrelse, og på ekspertgruppedlemmenes egne erfaringer.

Regjeringen foreslo, med bakgrunn i dagens sykehusstruktur og organiseringen av helseforetakene, en veiledende nedre grense for akuttkirurgi på 60–80 000 innbyggere, og at dette tas inn som en føring i arbeidet med helseforetakenes utviklingsplaner. Før det tas beslutninger om akuttilbudet på det enkelte sykehus presiserte regjeringen at det må gjøres en totalvurdering der også faktorer som geografi og bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil, båt og luftambulansetjenester og værforhold må tillegges stor vekt. Kommunene i opptaksområdet må høres i en slik prosess.

En annen utfordring for de mindre sykehusene er å ha nødvendig kompetanse slik at de kan gi et trygt og forutsigbart akuttilbud alle ukedager og alle døgnets timer. For å tilfredsstille dagens krav til arbeidstid og vaktbelastning kreves det, ifølge Legeforeningen, åtte spesialister for å dekke en vaktturnus. Sykehus som skal ha vaktordning for både for ortopedi og generell kirurgi

(bløtdelskirurgi) må derfor ha minst 16 spesialister for å dekke vaktene. I tillegg til spesialistene vil det også ofte være vaktberedskap av leger i utdanning.

Spesifikt om Nasjonal helse- og sykehusplan sine føringer for sykehusstrukturen på Helgeland:

Det er på det rene at sykehusstrukturen på Helgeland må vurderes ikke bare utfra opptaksområdets størrelse, men utfra en *“totalvurdering der også faktorer som geografi og bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil, båt og luftambulansetjenester og værforhold tillegges stor vekt”*, ref. NHSP. Vi oppfatter imidlertid at tilgjengelighet, bosettingsmønster og akutttransport allerede er godt utredet hva gjelder Helgelandsområdet og at også dette trekker i retning av en en-sykehusløsning sentralt plassert i regionen.

Det er verd å merke seg at det allerede er utførlig medisinskfaglig utredet om hvorvidt akuttkirurgi skal videreføres ved de minste sykehusene i landet, blant annet i de faglige rådgivningsgruppene til Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er vanskelig å se at det har kommet frem nye faglige argumenter i debatten omkring en- eller to-sykehusmodellene på Helgeland som skulle påvirke de faglige føringene fra forarbeidene til NHSP.

Rana kommune har gjentatte ganger kommet med påstander om at Nasjonal helse- og sykehusplan er til hinder for en en-sykehusmodell på Helgeland. Dette er direkte feil og villedende for debatten om ny sykehusstruktur på Helgeland. Snarere vil det å sikre ett felles sykehus, med en faglig robust struktur der de ulike spesialitetene døgnet igjennom kan sikre fullverdig diagnostikk og behandling, bidra til *“at kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt”* (ref. stortingsvedtak 543). Den gjeldende utviklingsplan for Helgelandspsykehuset fremhever ett stort sykehus med samlede akuttfunksjoner som den entydig beste løsningen.

I NHSP er det skissert to scenarier for alle landets sykehus når regjeringens forslag om tilnærming til struktur for akuttfunksjoner legges til grunn: Scenario 1 om *“tilpassede akuttfunksjoner”* og Scenario 2 der *“alle sykehus må ha akuttkirurgi”*. For Helgelandspsykehuset leser vi da følgende konsekvenser:

- Alternativ 1: All akutt kirurgi samles i nytt sykehus, mens akutt indremedisin og/eller planlagt kirurgi opprettholdes på et eller flere av de eksisterende sykehusene.
- Alternativ 2: All somatisk akutt-virksomhet samles i ett felles sykehus. De andre omgjøres til annen spesialisthelsetjeneste uten akuttfunksjon.

Stortingsvedtak 544 sier at *“Stortinget ber regjeringen om at scenarioene som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan, ikke skal være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skal gjennomføres etter at Stortinget har behandlet planen.”* Det betyr i klartekst at Stortingets vedtak gir Helgelandspsykehuset 2025 full anledning til å utvikle den sykehusmodell som totalt sett er best for regionen.

Dette vedtaket er ytterligere presisert i protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF 24. april 2017; “Sak 3: “Oppfølging av Nasjonal Helse- og Sykehusplan – Avklaring av akuttfunksjoner”:



“Foretaksmøtet la til grunn at utviklingsplanene skal utarbeides med utgangspunkt i dagens akutttilbud, med de endringer som blir vedtatt i dette foretaksmøtet. I helseforetak med pågående prosesser knyttet til struktur/utbygging av nye sykehus, som Helgelandssykehuset HF og Sykehuset Innlandet HF, vil det likevel kunne skje endringer.”

Presiseringen befester Helse Nord RHF sin opprinnelige innstilling fra før Nasjonal Helse- og sykehusplan ble vedtatt. I protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF 17. november 2015; “Sak 3 Helgelandssykehuset HF – utviklingsplan 2025” leser vi at:

“Foretaksmøtet viser til styret i Helse Nord RHF sin behandling av sak 52-2015 Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025 og godkjenner at Helse Nord RHF utarbeider mandat for idéfasearbeidet som innebærer at sykehusstrukturen i Helgelandssykehuset HF kan endres.”

Vurdering av innstillingens pkt. 2b)

Det fremgår av oppdatert prosjektplan fra Sykehusbygg (05.05.2018) at:

«Ny veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter legges til grunn i prosjektet. Arbeidet av ekstern ressursgruppe faller under prosjektinnramming med anbefaling av lokalisering (figur 1).»

«Beslutning om struktur og lokalisering tas ved styrebehandling i Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF etter høring av rapporten fra ressursgruppen, før konseptfasen.»

«Nasjonal Helse- og sykehusplan, aktivitets- og kapasitetsfremskrivning, utkast til planprogram med vedlegg, høringsrapport og høringsuttalelser og styrevedtak vedrørende Helgelandssykehuset 2025 er sentrale innspill til ressursgruppens arbeid.»

Det innebærer at rapporten fra ressursgruppen skal ligge til grunn for valg av lokalisering, og det fremgår ikke om eller hvordan utredningskravet med tilhørende konsekvensvurderinger etter pbl 4-2 inngår i kunnskapsgrunnlaget for denne rapporten.

Kommune Alstahaug, Leirfjord og Vefsn påpekte i sin høringsuttalelse til planprogrammet (1.9.2017): *«Det fremgår ikke tydelig av planprogrammet hvordan kommunene skal involveres i utarbeidelsen og behandlingen av KU1 og KU2. Under Sykehusbygg HF sin presentasjon i Vefsn kommunestyre 21. juni 2017 ble det imidlertid opplyst at kommunene vil bli involvert på samme måte under KU1 og KU2 som i behandlingen av planprogrammet. Dette innebærer presentasjoner i kommunestyrene og en høringsprosess med reell mulighet til påvirkning. Vefsn kommune mener dette er en viktig og riktig måte å involvere kommunene på, både de berørte og nabokommunene. Dette må også tas inn i planprogrammet under beskrivelse av den videre prosessen.»*

Det er vår forståelse at KU1 og KU2 ikke var ferdigstilt sommeren 2017. Vi kan heller ikke se at dette er blitt gjort i ettertid, eller at høringsprosess som beskrevet i presentasjonen for kommunestyret er gjennomført. Det fremgår ikke av prosjektplanen at det skal gjøres oppdateringer eller nye konsekvensutredninger.

Prosjekteier bør ta konkret stilling til om og hvordan man har sikret at kravene etter pbl 4-2 og forskrift om konsekvensutredning er ivaretatt. Dette både for å sikre et fullstendig

beslutningsgrunnlag, og for å unngå senere forsinkelser som følge av innsigelser som bør tas til følge.

Vurdering av innstillingens pkt. 2c)

Rana kommune spør hvordan Helse Nord og Helgelandssykehuset tar hensyn til «Veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter» (revidert 2017) og at påpeker at Utviklingsplanen (2014) etter deres oppfatning ikke er i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan.

De fire regionale helseforetakene utarbeidet i 2016, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, en «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner». Utviklingsplanen for Helgelandssykehuset 2025 ble utarbeidet allerede i 2014. I 2017 ble «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter» revidert. Den nye versjonen inneholder enkelte endringer som medfører at hverken Utviklingsplanen eller Planprogrammet for idefasen i Helgelandssykehuset 2025 er helt i tråd med veilederne. Blant annet er «idefasen» nå endret til «prosjektinnramming» og det kreves en egen planprosess for valg av lokalisering og tomt.

Veilederen for tidligfasen forutsetter at *«mulighetsrommet i form av virksomhetsinnhold, struktur og samfunnseffekter er tilstrekkelig vurdert i arbeidet med helseforetakets utviklingsplan»*.

Rana kommune vektlegger begrepet «alternativvurdering» og at det må utarbeides omfattende konsekvens- og bærekraftanalyser knyttet til de ulike alternativene som en del av fasen «prosjektinnramming». Dette baserer seg på kommunens tolking av Stortingets flertallsinnstilling i behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan i 2016. Det foreligger lite informasjon om hvor omfattende analyser som vil gjøres før ressursgruppa legger frem sitt utkast til rapport i oktober, men det legges opp til en konsekvensanalyse i oktober/november før rapporten sendes på høring i desember. Uavhengig av hvor raskt ressursgruppa er i stand til å jobbe fremstår det lite sannsynlig at de vil kunne gjennomføre tilstrekkelige nok konsekvensanalyser til å oppfylle kravene i veilederne, nasjonal helse- og sykehusplan og plan og bygningsloven.

Helgelandssykehuset 2025 er en sak med betydelig konsekvensen for hele regionen, noe også engasjementet de siste månedene bærer preg av. Når Helgelandssykehuset og Helse Nord til slutt fatter en beslutning om fremtidig sykehusstruktur og lokalisering er det viktig at dette blir en endelig beslutning som har legitimitet og tillit i befolkningen. På grunn av sakens natur må det forventes at en eller flere kommuner vil være misfornøyde med resultatet, uansett utfall. Dersom deler av prosessen ikke er i tråd med gjeldende lovverk og veiledere er det sannsynlig at en eller flere av disse vil bruke evt. saksbehandlingsfeil til å så tvil om beslutningen og i verste fall forsinke utviklingen av fremtidens sykehus for innbyggerne på Helgeland. Vefsn kommune vil derfor oppfordre Helse Nord til å sikre at prosessen følger gjeldende lovverk, samt nasjonale planer og veiledere slik at beslutningen blir endelig, uansett hvilken struktur og lokalisering som blir besluttet.



Hvorfor ett stort akutt sykehus på Helgeland?

Fagmiljø og kompetanse

Ett stort sykehus vil i kraft av sin størrelse utvilsomt kunne tilegne seg mer spesialkompetanse og dermed sørge for en bredere kompetanse enn små sykehus. Det gjør sykehuset i stand til å håndtere flere typer diagnoser og utfordringer enn mindre sykehus. Samtidig vil størrelsen og antall spesialister gi en lavere sårbarhet og bedre tilgjengelighet til viktig kompetanse når det trengs som mest.

Et sterkt fagmiljø er også viktig for sykehusets faglige omdømme og tillit i befolkningen. Sykdomsbildet er i endring og preges av stadig endringer. Antall pasienter med sammensatte og komplekse lidelser er i vekst. Dette gjør det enda viktigere å ha store sykehus med bred og robust kompetanse.

Dette ble også bekreftet i de grundige utredningene som ble gjort i forbindelse med Utviklingsplanen i 2014. For å sikre et robust fagmiljø må et nytt sykehus ha relevant kompetanse knyttet til flere profesjoner og fag på ett sted, i praksis med minst seks medisinske spesialiteter i vaktbærende fag samt minst tre spesialiteter i ikke-vaktbærende fag. Dette løses best med ett felles sykehus på Helgeland.

Den norske legeforening samler 97% av legene i Norge og advarer sterkt mot oppdeling av akuttfunksjoner. En undersøkelse gjennomført av Legeforeningen i 2013 viser at anesthesiologi, indremedisin og generell kirurgi oppleves å høre sammen, og at det derfor ikke er praktisk mulig å skille medisinsk og kirurgisk akuttberedskap. Legenes egen opplevelse av hva som skaper gode fagmiljø og gode helsetjenester må tas på alvor, også på Helgeland.

Fagmiljøene og flertallet av kommunene ønsker ett stort akutt sykehus på Helgeland

Løsningen med ett sykehus har bred støtte i regionen. Av de 18 kommunene som leverte høringsuttalelse til planprogrammet for Helgelandssykehuset 2025 uttrykte 11 av kommunene at de ønsker en løsning med ett stort akutt sykehus. Til sammen representerer disse 57% av befolkningen. Til sammenligning var det kun Rana og Lurøy som uttrykte støtte til en tosykehusmodell i høringsrunden.

Det er naturlig at fagmiljøene på dagens sykehus holder seg unna den offentlige debatten eller uttrykker støtte til egen arbeidsplass. Det er imidlertid verdt å merke seg at 11 av regionens 18 kommuneoverlege uttrykker en tydelig støtte til ett stort akutt sykehus, noe også Fagrådet for Legevaktssentralen på Helgeland gjorde i sitt hørings svar til planprogrammet.

Rekruttering

For å sikre pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestene er et sykehus helt avhengig av god rekruttering av riktig helsekompetanse. Også dette temaet ble grundig utredet i Utviklingsplanen fra 2014. Konklusjonen der var tydelig: *“alternativ 3, et nytt Helgelandssykehus, er sannsynligvis*

den av de tre sykehusmodellene som har de beste forutsetninger for lykkes med å sikre et stabilt og rekrutterende fagmiljø i fremtiden". Et stort felles akuttsykehus vil trolig være den eneste løsningen som kan sikre tilstrekkelig spesialistkompetanse i Helgelandssykehuset.

Et stort og utviklende fagmiljø er avgjørende for å sikre at de dyktigste kandidatene velger Helgelandssykehuset som sin fremtidige arbeidsplass. Et stort, felles akuttsykehus på Helgeland vil være mest attraktivt for leger i utdanning og gi det beste grunnlaget for å rekruttere fremtidens helsepersonell.

Det er også grunn til å nevne at i dokumentet "Ny sentralindeks for kommunene" fra SSB som ble publisert 22.11.17 har Rana kommune fått en indeks på 711 og Vefsn kommune på 699. Selv med en differanse på omlag 10.000 innbyggere er nevnte to kommuner altså plassert i samme sentralitetsklasse. Ingen andre kommuner på Helgeland er plassert i denne sentralitetsklassen.

I kommunebarometeret for 2018 fikk Rana kommune en rangering som ga dem en 292 plass, Vefsn fikk plass nr.149 på samme måling. I nylig publiserte tall fra NHO der de rangerer kommunene etter attraktivitet og lokal vekstkraft basert på forhold ved næringsliv, arbeidsmarked, demografi, kompetanse, og kommunal økonomi fikk Rana kommune 96 plass og Vefsn en 112 plass. Går vi i dybden på tallene ser vi at det er kun minimale forskjeller for Rana og Vefsn innenfor de ulike barometerne.

Dersom det vedtas et stort akuttsykehus med lokalisering sentralt plassert på Helgeland vil det også være fullt mulig å dagpendle i akseptabel dagpendleavstand fra flere omkringliggende kommuner. Dette er interessant fordi dette både gir et stort og variert arbeidsmarked, og flere attraktive bomiljøer.

Rana kommune poengterer i sitt saksfremlegg at de er eneste kommune på Helgeland med nærhet til høyere helsefaglig utdanning da Campus Helgeland er etablert på Mo i Rana. De ser dette i sammenheng med lokaliseringskriteriet, "Nærhet til universitet/høgskoler" som ikke er klassifisert som et må- eller bør- kriteriet i lokaliseringskriteriene som er vedtatt både i HSYK og Helse Nord. De viser videre til andre sykehusprosesser som f.eks. da Molde ble valgt framfor Kristiansund.

I IDE_FASERAPPORT: SJUKEHUSET I NORDMØRE OG ROMSDAL – SNR (2014) står det å lese på side 135: "Avstanden mellom SNR og utdanningsmiljø vil trolig ikke spille noko stor rolle for å få utført sjukehuset sine oppgåver, og såleis vil ikkje dette vere avgjerande for lokaliseringa av SNR. I moderne tider har ein nye moglegeheiter for undervisning gjennom e-læring og videokonferansar, simulering og anna trening."

Studiesenteret.no AS er et nasjonalt nettverk for utdanning og organiserer i dag ca 40 studiesentra i 15 fylker. Ett av disse er Studiesenteret RKK Vefsn som er etablert i Vefsn kommune og eies av Vefsn, Grane, Hattfjelldal og Hemnes kommune. Gjennom studiesenteret RKK Vefsn får studenter mulighet å tilegne seg både fagkompetanse, og høyere akademisk utdanning gjennom nettbasert undervisning. I tillegg til studiesenterfunksjonen har Studiesenteret RKK Vefsn i oppdrag å dekke kommunenes kompetansebehov med stedlige kurs, fagdager o.l. samt bistår kommunene i utviklingsarbeid. Studiesenteret RKK Vefsn bistår

både de kommunale sektorene og næringslivet med å få dekket sine behov for kompetanseutvikling i lokalmiljøet.

Det er samtidig grunn til å minne om at det sykehuset som i en årrekke har blitt kåret til det faglig fremste i USA, Mayo Clinic, ligger isolert på prærien i Rochester, Minnesota, langt fra de prestisjetunge universitetene på øst- og vestkysten. Valg av geografisk lokalisasjon er altså ikke avgjørende for å kunne utvikle gode medisinske fagmiljø.

Økonomisk bæreevne

Helgelandssykehusets økonomi er presset og det er ingen grunn til å tro at det vil endre seg i positiv retning de nærmeste årene. Det er derfor viktig at sykehusstrukturen som velges er den som gir mest helse per krone til innbyggerne på Helgeland. Hva det vil koste å bygge og drive de(t) nye sykehuset(-ene) er derfor et svært relevant tema i prosessen. Økonomisk bæreevne sier noe om sykehuset vil ha en driftsøkonomi som gjør det mulig å bære de økonomiske forpliktelsene prosjektet medfører, og samtidig opprettholde forsvarlig drift.

I forbindelse med utviklingsplanen i 2014 ble det gjort grundige økonomiske analyser både av forventede investeringsbehov og driftskostnader. Utredningen slår fast at en løsning med et nytt samlet sengesykehus er en klart bedre økonomisk bæreevne enn dagens struktur og alternativet med to sykehus. En-sykehusmodellen vil sørge for flere og bedre helsetjenester til innbyggerne på Helgeland.

Den samme konklusjonen finner vi i de økonomiske analysene i idefasen for Sykehuset Innlandet HF. Deres vurderinger om at kun alternativet med ett sentralt sykehus ville ha økonomisk bæreevne styrker konklusjonene i Utviklingsplanen fra 2014 med tilsvarende konklusjon for Helgeland. I utredningen av ny sykehusstruktur i Møre & Romsdal ble det beregnet at ved en sammenslåing av sykehusene i Kristiansund og Molde vil bidra til en årlig innsparing på om lag 100 millioner kroner (<https://helse-mr.no/om-oss/nytt-sjukehus-snr#fakta-om-sjukehusutbygginga>)

Reduserer pasientlekkasje til Helse Midt-Norge

For planlagt behandling kan innbyggerne på Sør-Helgeland i dag velge å reise sørover til Helse Midt-Norge. Skal kvaliteten på Helgelandssykehuset stå seg over tid er det viktig med størst mulig pasientmasse. Fortsetter denne trenden med at pasienter fra Sør-Helgeland heller velger behandling i Namsos eller Trondheim betyr det tapte inntekter for Helgelandssykehuset og Helse Nord, og et potensielt dårligere tilbud i regionen.

Det eneste som kan minimere "lekkasjen" av pasienter sørover er en sykehusstruktur med god kvalitet og et fagmiljø som fremstår like kompetent og har samme volum som sykehusene i Midt-Norge. Det betyr i praksis ett stort akuttsykehus.

Som adm. dir i Helse Nord, Lars Vorland, sa på styremøte i Helse Nord 17.12.17: *"UNN er det mest sårbare sykehuset man har i Nord-Norge, og helseforetaket er helt avhengig av pasientmassen som finnes i Nord-Norge. Vi trenger hver eneste pasient. Reiser flere i sørlige del av landsdelen sørover, vil det kunne utgjøre en utfordring"*

Det er vedtatt bygging av en DMS i Brønnøysund. Skal dette distriktsmedisinske senteret fungere som tiltenkt vil det være helt nødvendig at det er nok fagpersonell, og et stort nok fagmiljø på sykehuset som spesialistene skal ambulere fra.

Lavere risiko for pasientene enn med flere små sykehus

Det viktigste i valg av sykehus er konsekvenser for innbyggerne. Størrelsen på sykehuset har stor betydning i akutsituasjoner. Ikke fordi kompetansen på dagens sykehus ikke er god nok, men fordi omfanget og bredden i kompetanse gir andre handlingsalternativ når det haster som mest.

En studie fra St. Olav hospital i Trondheim viser at det i 80% av tilfellene for akuttinnleggelser ikke er mulig for vakthavende lege å si om innleggelsen hører hjemme på en medisinsk eller kirurgisk avdeling.

Det er derfor avgjørende for pasienter som kommer til akuttmottakene at det raskt er multidisiplinære vaktteam tilgjengelig for rett diagnostikk og behandling. Pasientgrunnlaget på Helgeland er begrenset noe som igjen gir et lavt volum av akuttpasienter. En fragmentering av sykehusstrukturen kan bidra til forsinket diagnostikk i akutsituasjoner og høyere risiko for feilvurdering og feil traumebehandling.

Jann-Arne Løvdahl

Ordfører

Erlend Eriksen

Rådmann