



Nordland Legeforening
Sandnessjøen overlegeforening

Helse Nord RHF

postmottak@helse-nord.no

HØRINGSUTTALELSE VEDR. "Forslag til lokalsykehusstrategi 2010 – 2020"

Generelle kommentarer til rapporten "Forslag til Lokalsykehusstrategi 2010 – 2020", Helse Nord, november 2009.

Det generelle inntrykket man sitter igjen med etter å ha lest rapporten er at mindretallet har fått uforholdsmessig stor innflytelse på utformingen. Rapporten legger opp til at det skal etableres institusjoner av den typen mindretallet foreslår relativt mange steder, mens flertallets begeistring for denne løsningen tydeligvis har vært langt mer behersket. Flertallets syn kommer i for liten grad frem i rapporten, spesielt i de kapitler som omhandler akuttfunksjoner somatikk. Det henvises til mindretallet flere steder i rapporten uten at det presenteres. Etter å ha kontaktet et av medlemmene i arbeidsgruppa får vi vite at mindretallet består av tre personer, alle i *administrative stillinger*. Alle utvalgsmedlemmer i *kliniske stillinger* finnes i flertallet.

Mosjøen sykehus er den eneste institusjonen i regionen som drives etter de prinsipper mindretallet anbefaler i sitt forslag til alternativ organisering av lokalsykehus. En relativt omfattende evalueringsrapport om sykehuset i Mosjøen kom i 2009. Den er bare summarisk nevnt i rapporten, og må selvsagt vies langt større oppmerksomhet. Selv om det er korrekt at rapporten ikke finner Mosjømodellen uforsvarlig, har evalueringsrapporten en rekke kritiske merknader. Evalueringsrapporten er heller ikke nevnt i litteraturlista.

Det er ikke realistisk å opprettholde et stabilt akuttkirurgisk tilbud ved et sykehus som ikke skal operere tarmkreft. Et slikt sykehus bør heller ikke gi seg i kast med annen tarmkirurgi, fordi slike operasjoner teknisk sett er ganske like, og fordi man peroperativt ofte vil avdekke kreftsykdommer. Uten denne typen gastroenterologisk kirurgi vil det ikke være tilstrekkelig dagarbeid for 4-5 generelle kirurger. Uten arbeidsoppgaver på dagtid vil det neppe være realistisk å rekruttere kirurger, og den operative kompetansen hos dem man eventuelt får tak i, vil ganske raskt forvitte. Dermed vil et sykehus uten adgang til å operere tarmkreft neppe greie å opprettholde kirurgisk vaktberedskap over tid.

Erfaringen fra Mosjøen har vist at man ikke kan forvente at en indremedisinsk avdeling uten kirurgisk beredskap i samme bygning skal kunne ta imot uselekterte indremedisinske pasienter. Sykehuset i Mosjøen ligger relativt nært Sandnessjøen, og har derfor hatt ganske grei tilgang til kirurgisk service. Dersom denne modellen skal danne mønster for institusjoner med lengre transport til kirurgi, må det lages planer for hvilke pasientkategorier som på en trygg måte kan innlegges lokalt og hvilke som må sentraliseres.

Når de kirurgiske akuttfunksjoner endres er, det avgjørende at organisering av beredskapen gjennomgås nøye. Tilgjengelighet til kirurgisk akuttservice er avgjørende, både for at tilbudet skal være forsvarlig, og for at det skal være mulig å drive indremedisin på en trygg måte i de omliggende institusjoner. I en slik vurdering må hovedfokus rettes mot transportforhold og regularitet. Hensynet til dagens organisering og bygningsmasse bør nedtones. Den løsningen man velger nå, vil legge føringer for organisering av sykehusene i atskillige tiår fremover, og det vil være langt enklere å bygge nye bygninger eller rekruttere noen leger enn å slite med vanskelige transportforhold i en så lang periode.

Kirurgisk akuttberedskap, intensivavdeling og fødeavdeling bør samlokaliseres. Det vil være nødvendig for å oppnå kostnadseffektivitet, for å minimalisere behovet for ressurskrevende transporter og ikke minst for å gi pasientene et optimalt tilbud. Det sykehuset som har intensivmedisin bør også motta indremedisinske pasienter som kan tenkes å profitere på nærhet til kirurgisk eller intensivmedisinsk beredskap.

Konklusjon:

Strategien foreslår at ett sykehus i hvert helseforetak skal ha full kirurgisk beredskap. Etter vår oppfatning, og i henhold til Legeforeningens kriterier, innebærer dette at det bare blir ett sykehus i hvert helseforetak. Vi mener en slik løsning noen steder vil kunne være forsvarlig dersom det på forhånd gjøres en grundig utredning i forhold til logistikk og transportregularitet, og de sentraliserte akuttfunksjonene plasseres slik at de kan nåes av hele befolkningen. Det vil imidlertid være urendelig å gi befolkningen inntrykk av at det opprettholdes fullverdige sykehustjenester ved institusjoner uten kirurgisk beredskap.

Med vennlig hilsen

Per Arne Reinertsen
Tillitsrepresentant, Sandnessjøen overlegeforening

Kopi til:

Nordland legeforening ved info-konsulent Tove Myrbakk, Legeforeningen Nord-Norge
Fredrik Sund, Konserntillitsvalgt for Den norske legeforening i Helse Nord HF