



STORTINGET

Representantforslag 159 S

(2018–2019)

fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Siv Mossleth og Willfred Nordlund

Dokument 8:159 S (2018–2019)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Siv Mossleth og Willfred Nordlund om å utrede to sykehus med fullverdige akuttfunksjoner på Helgeland

Til Stortinget

Bakgrunn

I 2013 vedtok styret i Helgelandssykehuset HF å sette i gang en utredning av en ny sykehusstruktur på Helgeland. Planprosessen omtales som Helgelands-sykehuset 2025. I september 2016 vedtok Helse Nord RHF et mandat som fastslår at det skal utredes tre alternativer til sykehusstruktur i regionen (styresak 105-2016):

- I. 0-alternativet (dagens løsning)
- II. Alternativ 2a - Stort akuttssykehus med inntil tre distriktmedisinske sentre
- III. Alternativ 2b-1 Stort akuttssykehus i kombinasjon med ett akuttssykehus og inntil to distriktmedisinske sentre

Nasjonal helse- og sykehusplan

I Meld. St. 11 (2015–2016) «Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019» foreslo Helse- og omsorgsdepartementet at sykehus skal inndeles i følgende fire kategorier:

- «Betegnelsen regionsykehus skal brukes om det ene sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehus. De fire regionsykehusene er Universitetssykehuset i Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Disse sykehusene vil ha det største til-

budet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.

- Betegnelsen stort akuttssykehus brukes om sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter.
- Betegnelsen akuttssykehus brukes om sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.
- Betegnelsen sykehus uten akuttfunksjoner brukes om sykehus med planlagt behandling som ikke har akuttfunksjoner.»

Denne inndelingen innebar i praksis at departementet foreslo en befolkningsgrense for akuttkirurgi på 60 000 til 80 000 innbyggere. Da Nasjonal helse- og sykehusplan ble behandlet i 2016, vedtok imidlertid Stortinget at sykehusene som hadde akuttkirurgi, i hovedregelen også skal ha det i fremtiden – helt uavhengig av en slik befolkningsgrense (jf. Innst. 206 S (2015–2016)). Dermed fikk departementets foreslåtte befolkningsgrense ingen praktisk konsekvens for hvilke sykehus som skal ha kirurgisk akuttfunksjon.

Forslagsstillerne viser til at Den norske legeforening har advart sterkt mot å fjerne akuttkirurgi fra sykehus med akuttfunksjoner. I 2015 vedtok Legeforeningens landsmøte følgende resolusjon:

- «Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akuttpasienter i sykehus.
- Akuttfunksjon forutsetter døgnkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.
- Sykehus må gis nødvendige ressurser til å sikre kvalitet på diagnostikk og behandling. Det må være

systemer for å opprettholde og videreutvikle robuste fagmiljøer som rekrutterer godt.

- Befolkningen må sikres gode akutttilbud uavhengig av bosted. Velfungerende lokalsykehus er nødvendige i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Reisetid, geografi og værforhold er tungtveiende faktorer som krever lokalsykehus med full akuttberedskap.»

Forslagsstillerne deler Legeforeningens vurderinger og mener at dette også må gjelde på Helgeland.

Villedende bruk av begreper

Da Nasjonal helse- og sykehusplan ble behandlet i Stortinget, gikk Senterpartiet inn for å beholde begrepe- ne lokalsykehus, sentralsykehus og universitetssykehus som definisjon på ulike sykehus. Forslagsstillerne tar følgelig avstand fra begrepene «akuttisykehus» og «stort akuttisykehus» som nyttes i Helgelandssykehuset 2025. Grunnen er at disse begrepene først og fremst er egnet til å skape forvirring. I realiteten har det store flertallet av dagens «akuttisykehus» kirurgisk akuttberedskap. Når sykehusplanen ikke krever at disse sykehusene skal ha dette tilbudet – men samtidig påpeker at de kan ha det – blir det i praksis opp til de regionale helseforetakene å avgjøre om akuttkirurgien skal legges ned ved sykehus hvor opptaksområdet er på under 60 000 innbyggere. Dermed flyttes én av de viktigste beslutningene om hvilke grunnleggende funksjoner norske sykehus skal tilby, vekk fra Stortinget og over på de regionale helseforetakene – stikk i strid med helseministerens forsikringer om at hensikten med Nasjonal helse- og sykehusplan skulle være det motsatte.

Forslagsstillerne vil heller slutte seg til Legeforeningens landsmøtevedtak om at

«akuttfunksjon forutsetter døgntilgjengelig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester», og mener disse funksjonene må være en del av tilbudet ved alle sykehus som behandler akutte pasienter.»

Anbefalingen fra den eksterne ressursgruppa

Helgelandssykehuset HF satte i 2018 ned en såkalt «ekstern ressursgruppe» som skulle gi helseforetaket anbefalinger om den fremtidige sykehusstrukturen. Ressursgruppa konkluderte med at regionen bør ha ett stort akuttisykehus, og at dette bør ligge på Mo i Rana. Konklusjonen lente seg tungt på befolkningsgrensen som ble foreslått av departementet i regjeringens melding om Nasjonal helse- og sykehusplan, samt en grense som ble foreslått av helseministerens såkalte «faglige rådgivingsgruppe» på 80 000–100 000 innbyggere for å opprettholde akuttkirurgi. På denne bakgrunnen konkluderte ressursgruppa at dersom man skulle ha to sykehus i regionen, ville ett av dem nødvendigvis være uten akuttkirurgi.

På tross av at det store flertallet av norske sykehus med opptaksområde på under 60 000 innbyggere tilbyr akuttkirurgi – og på tross av at Stortinget har fattet et vedtak som innebærer at denne grensen ikke har noen konsekvens for sykehusstrukturen i andre deler av landet – tillegges altså helseministerens befolkningsgrense avgjørende vekt i prosessen i Helgelandssykehuset.

Store avstander og utfordrende værforhold

Helgeland er en region med lange avstander, utfordrende værforhold og et stort antall innbyggere som er bosatt på øyer. Helgelandssykehuset har i dag et opptaksområde på 78 000 innbyggere, fordelt på rundt 18 000 kvadratkilometer. Foretakets opptaksområde strekker seg fra Sømna kommune i sør til Rana kommune i nord – en avstand på 34 mil i luftlinje. I perioden 2014 til 2016 ble 206 av 2012 ambulanshelikopteroppdrag i regionen avvist eller avbrutt på grunn av værforhold (10,2 prosent). Dette er en høyere andel enn på landsbasis (8,4 prosent).

Den siste tiden har det vært en stor offentlig debatt om sentralisering av fødetilbudet i Norge, i lys av nyere forskning som viser økt risiko for mor og barns helse knyttet til lang reisevei til fødeinstitusjon. Dersom Helgelandssykehuset i fremtiden kun skal ha ett sykehus lokalisert på Mo i Rana, innebærer det at fødende fra Brønnøysund får fire timers reisevei i bil på sommerføre for å komme frem til sykehuset. Om man skulle konkludere med at Helgeland kun skal ha ett sykehus, men at dette skulle ligge i en annen del av regionen, vil det uansett være mange fødende som får en lengre reisevei på grunn av de lange avstandene og geografiske forholdene.

Både Helse Nord RHF og helseministeren har understreket i mediene at det fremdeles ligger i mandatet å utrede to sykehus på Helgeland, altså ett stort akuttisykehus og ett akuttisykehus. På denne bakgrunnen har helseministeren sågar uttalt at han ikke utelukker to sykehus med både fødeavdeling og akuttkirurgi på Helgeland (Rana Blad, 22. mai 2019). Men mandatet fra Helse Nord HF til den lokale prosessen blir tolket dit hen at det ikke er mulig å utrede to sykehus med fullverdige akuttfunksjoner, og at et eventuelt akuttisykehus blir et faglig svekket «nummer to»-sykehus uten verken akuttkirurgisk beredskap eller fødeavdeling. Derfor er det bare én måte å sikre at det blir utredet et alternativ med to sykehus som begge har både akuttkirurgi og fødeavdeling, og det er å utvide mandatet for Helgelandssykehuset 2025.

Behovet for et utvidet mandat

På bakgrunn av utfordringene knyttet til geografi, værforhold og lange avstander mener forslagsstillerne det er behov for å utrede også to komplette lokalsykehus som mulig fremtidig sykehusstruktur på Helgeland.

Derfor må mandatet for prosessen utvides til å omfatte en sykehusstruktur med to lokalsykehus med fullverdige akutfunksjoner. I tråd med den tydelige anbefalingen fra Legeforeningen må det presiseres at begge sykehusene i denne modellen har et tilbud som minst omfatter døgnberedskap innen akuttmedisin, akuttkirurgi, anestesi og tilgang til radiologi- og laboratorietjenester. På bakgrunn av den dokumenterte helserisikoen ved lang reisetid til fødeinstitusjon må det dessuten presiseres at begge sykehusene i denne modellen har fødeavdeling. Den øvrige oppgavefordelingen mellom sykehusene og desentraliserte tjenester i distriktsmedisinske sentre (DMS) bør være opp til utredningen i helseforetaket. Forslagsstillerne mener en slik sykehusstruktur forutsetter at de ulike sykehusene og DMS samarbeider om pasientene i en nettverksmodell – noe

som også Stortinget la til grunn ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan.

Forslag

På denne bakgrunnen fremmes følgende

f o r s l a g :

Stortinget ber regjeringen sørge for at Helse Nord RHF utvider mandatet for Helgelandssykehuset 2025, slik at mandatet også omfatter å utrede en sykehusstruktur med to lokalsykehus med fullverdige akutfunksjoner og inntil to distriktsmedisinske sentre. Sykehusene må minst ha døgnberedskap innen akuttmedisin, akuttkirurgi, anestesi og tilgang til radiologi- og laboratorietjenester, samt fødeavdeling.

29. mai 2019

Kjersti Toppe

Siv Mossleth

Willfred Nordlund

