



STORTINGET

Innst. 40 S

(2019–2020)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:159 S (2018–2019)

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

Til Stortinget

Bakgrunn

I dokumentet fremmes følgende forslag:

«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 akuttfunksjoner og inntil to distriktsmedisinske sentre. Sykehusene må minst ha døgnberedskap innen akuttmedisin, akuttkirurgi, anestesi og tilgang til radiologi- og laboratorietjenester, samt fødeavdeling.»

Det vises til dokumentet for nærmere redegjørelse for forslaget.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Tore Hagebakken, Mani Hussaini, Ingvild Kjerkol, Hege Haukeland Liadal og Tellef Inge Mørland, fra Høyre, Torill Eidsheim, Erlend Larsen, Sveinung Stensland og Camilla Strandskog, fra Fremskrittspartiet, Åshild Bruun-Gundersen og Jan Steinar Engeli Johansen, fra Senterpartiet, Kjersti

Toppe, fra Sosialistisk Venstreparti, Sheida Sangtarash, fra Venstre, Carl-Erik Grimstad, og fra Kristelig Folkeparti, lederen Geir Jørgen Bekkevold, viser til forslaget i Dokument 8:159 S (2018–2019) om å be regjeringen sørge for at Helse Nord RHF utvider mandatet for Helgelandssykehuset 2025 til å omfatte utredning av to lokalsykehus med fullverdige akuttfunksjoner og inntil to distriktsmedisinske sentre. Helseministeren har uttalt seg om forslaget i brev til komiteen av 25. september 2019. Brevet følger som vedlegg til denne innstillingen. Komiteen har i tillegg anmodet om skriftlige innspill til representantforslaget, og har mottatt i alt ni innspill.

Komiteen viser til at Helse Nord i foretaksrådet 17. november 2015 fikk godkjenning for å sette i gang et arbeid som innebærer at sykehusstrukturen i Helgelandssykehuset kan endres. Helgelandssykehuset omfatter 17 kommuner på Helgeland, med en befolkning på ca. 77 000 personer. Foretaket har et budsjett på 1,9 mrd. kroner og 1 400 ansatte. Foretaket har sykehus i Mo i Rana (med akuttkirurgi og fødeavdeling), Mosjøen (uten akuttkirurgi, men har akuttmedisin og fødestue) og Sandnessjøen (som har akuttkirurgi og fødeavdeling). De har i tillegg en spesialistpoliklinikk med fødestue i Brønnøysund. Sykehuset i Mo i Rana har et befolkningsgrunnlag på 34 000 innbyggere, Mosjøen 16 000 innbyggere og Sandnessjøen 27 000 innbyggere.

Komiteen viser videre til helseministerens vurdering av forslaget, hvor statsråden går gjennom både mandatet og den nasjonale helse- og sykehusplanens definisjoner av de forskjellige typene sykehus.

Komiteen viser til statsrådets vurdering, som sier at Nasjonal helse- og sykehusplan har som utgangspunkt at det er et handlingsrom når det gjelder innholdet i et akutt sykehus. Det avgjørende vil være hensynet

til lokale forhold, pasientenes behov og muligheten til å opprettholde kvalitet og pasientsikkerhet.

Komiteen viser til at Helgelandssykehuset har et stort geografisk opptaksområde, og at det er forståelig at det blir stor oppmerksomhet rundt endringer i struktur og lokalisering.

Komiteen viser til at Menon har fått i oppdrag å gjennomføre en samfunnsanalyse som omfatter fem alternativer, i tillegg til nullalternativet (videreføring av dagens struktur):

- Alt. 2a-1: Stort akuttisykehus i Mo i Rana og DMS i Mosjøen, Sandnessjøen og Brønnøysund.
- Alt. 2a-2: Stort akuttisykehus i Sandnessjøen og 3 DMS.
- Alt. 2a-3: Stort akuttisykehus i Mosjøen og 3 DMS.
- Alt. 2b-1: Stort akuttisykehus i Mo i Rana og akuttisykehus i Sandnessjøen samt 2 DMS.
- Alt. 2b-2: Stort akuttisykehus i Sandnessjøen og akuttisykehus i Mo i Rana, samt 2 DMS.

Forhold som inngår i analysen er:

- Transport og avstander
- Rekrutteringsevne
- Utvikling og næringsliv
- Samhandling med forskning og utdanning.

Komiteen viser til at samfunnsanalysen skal være en del av det endelige beslutningsgrunnlaget for fremtidig struktur som etter planen skal behandles i Helgelandssykehuset HF 28. november 2019.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, er godt kjent med den store interessen innbyggere og lokalpolitikere naturlig viser i saken. Kompetansesarbeidsplassene et sykehus gir, er viktige for både lokal og regional utvikling, og i tillegg til å gi innbyggerne trygghet kompletterer det også øvrig næringsliv på en viktig måte. Flertallet vil derfor understreke betydningen av at prosessen er åpen og at alle berørte parter får komme med sine innspill.

Flertallet viser til innspill fra kommunene Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Herøy, Leirfjord, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad, som alle mener at ett stort akuttisykehus med inntil tre DMS vil være den mest hensiktsmessige strukturen for framtidens Helgelandssykehus. Forutsetningen for dette synspunktet er imidlertid at sykehuset plasseres sør for Korgfjellet.

Flertallet viser videre til at man finner det samme synspunktet nord for Korgfjellet, men at lokalisering da forutsettes å bli Mo i Rana.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet merker seg kritikken rettet mot prosessen i prosjektet Helgelandssykehuset

2025. Både ordførere og tillitsvalgte melder om manglende åpenhet og mulighet for innflytelse over prosessen. Disse medlemmer mener det er avgjørende for en vellykket prosess at foretakets kommuner og tillitsvalgte involveres.

Disse medlemmer støtter at alternativet med to sykehus utredes, av hensyn til føde- og akutttilbudet og tilgjengelighet.

På denne bakgrunnen fremmer disse medlemmer følgende forslag:

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

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener at sykehus bør ligge i eller i umiddelbar nærhet av tettsted, av hensyn til rekruttering og muligheten av å opprettholde fagmiljø. Disse medlemmer mener videre at en grundig utredning av to fullverdige akuttisykehus særlig må se på hvorvidt det vil la seg gjøre å rekruttere tilstrekkelig helsepersonell til drift, og hvorvidt kvaliteten og pasientsikkerheten på akutttilbudet og fødetilbudet blir likeverdig med kvaliteten på sammenlignbare sykehus ellers i landet, utenfor de store byene.

Disse medlemmer mener det uansett er viktig at akutt- og fødetilbudet i Helgeland tilpasses med skreddersøm. Geografi og værforhold krever at de prehospitaltjenestene, som ambulanserbåt og ambulanserbiler, må ha tilstrekkelig kapasitet til at folk føler seg trygge, uansett hvor på Helgeland de bor. Videre må det være tilgang på kompetent og spesialisert helsepersonell også utenfor de store akuttisykehusene.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Meld. St. 11 (2015–2016) «Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019», der regjeringen foreslo 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 tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.

Betegnelsen stort akuttisykehus 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 akuttisykehus 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.»

Dette medlem konstaterer at denne inndelingen i praksis innebar at departementet foreslo en befolkningsgrense for akuttkirurgi på 60 000 til 80 000 innbyggere. Dette medlem viser til at Stortinget, i behandlingen av sykehusplanen, vedtok at sykehusene som hadde akuttkirurgi, i hovedregelen også skal ha det i fremtiden – uavhengig av en slik befolkningsgrense (Innst. 206 S (2015–2016), vedtak 543). Dette medlem konstaterer at regjeringen dermed ikke fikk Stortingets tilslutning til at den foreslåtte befolkningsgrensa skulle være førende for hvilke sykehus som skal ha kirurgisk akuttfunksjon.

Dette medlem 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 akuttilbud uavhengig av bosted. Velfungerende lokalsykehus er nødvendige i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Reisetid, geografi og værforhold er tungtveiende faktorer som krever lokalsykehus med full akuttberedskap.»

Dette medlem viser til at Legeforeningen mente følgende tilbud måtte være til stede i et sykehus med akuttfunksjon:

«Akuttfunksjon forutsetter døgnkontinuerlig 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 akuttpasienter.»

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

Dette medlem viser til at Senterpartiet, i behandlingen av sykehusplanen, gikk inn for å beholde begrepene lokalsykehus, sentralsykehus og universitets-sykehus. Dette medlem tar følgelig avstand fra begrepene «akuttsykehus» og «stort akuttsykehus» som benyttes i Helgelandssykehuset 2025. Grunnen er at disse begrepene først og fremst er egnet til å skape forvir-

ring. I realiteten har det store flertallet av dagens «akuttsykehus» 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 opp-taksområdet er på under 60 000 innbyggere. Dermed plasseres en 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.

Dette medlem viser til at Helgelandssykehuset HF i 2018 satte ned en såkalt «ekstern ressursgruppe» som skulle gi helseforetaket anbefalinger om den fremtidige sykehusstrukturen. Her ble det konkludert med at regionen bør ha ett stort akuttsykehus, og at dette bør ligge på Mo i Rana. Dette medlem viser til at konklusjonen blant annet er begrunnet med 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.

Dette medlem viser til at Helgeland er en region med lange avstander, utfordrende værforhold og et stort antall innbyggere som er bosatt på øyer. Dette medlem viser til at i perioden 2014 til 2016 ble 206 av 2012 ambulansehelikopteroppdrag i regionen avvist eller avbrutt på grunn av værforhold (10,2 pst.), hvilket er en høyere andel enn på landsbasis (8,4 pst.).

Dette medlem viser til nyere forskning som viser økt risiko for mor og barns helse knyttet til lang reisevei til fødeinstitusjon. Dette medlem viser til at 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. Dette medlem konstaterer at 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 betydelig lengre reisevei på grunn av de lange avstandene og geografiske forholdene. Dette medlem viser til at Jordmorforbundet i Norsk Sykepleierforbund støtter representantforslaget.

Dette medlem viser til uttalelse fra helseministeren om at han ikke utelukker to sykehus med både fødeavdeling og akuttkirurgi på Helgeland (Rana Blad, 22. mai 2019). Dette medlem minner om at dagens mandat fra Helse Nord HF i den pågående prosessen blir tolket dit hen at det ikke er mulig å utrede to sykehus med fullverdige akuttfunksjoner, og at et eventuelt akuttsykehus blir et faglig svekket «nummer to»-syke-

hus uten verken akuttkirurgisk beredskap eller fødeavdeling.

Dette medlem konstaterer dermed at det kun finnes én måte å forsikre seg om 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. På bakgrunn av utfordringene knyttet til geografi, værforhold og lange avstander, mener dette medlem det er behov for å utrede også to komplette lokalsykehus som mulig fremtidig sykehusstruktur på Helgeland.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til Oslo Economics sin analyse som ble fremlagt i oktober 2018 om lokalisering av et stort akuttisykehus på Helgeland, på oppdrag fra Alstadhaug kommune. Flertallet viser til analysen, som også beskriver en to-sykehus-løsning:

«Med to sykehus lokalisert i ulike deler av regionen vil transporttiden kunne reduseres. Det er likevel slik at denne virkningen er avhengig av innholdet på de to sykehusene. Ved to sykehus som begge har et «fullverdig» tilbud, vil transporttiden være mye lavere enn ved bare ett sykehus. Med to sykehus som har en oppgavedeling, slik at noen tjenester tilbys på bare ett av sykehusene, vil ikke transporttiden bli vesentlig kortere enn med bare ett sykehus. Det synes klart at en to-sykehus-løsning på Helgeland vil måtte innebære en omfattende oppgavedeling, fordi pasientgrunnlaget ikke er tilstrekkelig til å opprettholde et godt tilbud av spesialister på to steder parallelt. To fullverdige sykehus vil kreve to vaktteam innenfor alle spesialiteter og derved øke kostnadene. Behovet for oppgavefordeling vil dermed bety at transporttiden ikke reduseres så mye som man i utgangspunktet skulle tro. Tilgjengelighet i øyeblikkelig hjelp-tilfeller vil være en annen mulig fordel ved to sykehus fremfor ett. Dersom det ene sykehuset lokaliseres i innlandet, og det andre på kysten, vil for eksempel utfordringen med flyforhold for helikoptre kunne reduseres. To sykehus vil også redusere utfordringen knyttet til stengte veier og lange reiseveier med bil og båt. Men også denne virkningen avhenger av at begge de to sykehusene har en god beredskap for å håndtere disse øyeblikkelige hjelp-situasjonene. Hvis det som en følge av oppgavedeling skulle være slik at ett av sykehusene er klart best egnet til å ivareta pasientens behov, er ikke situasjonen vesentlig bedre med to sykehus enn med ett. Med to sykehus vil det også oppstå en risiko for at pasienten først fraktes til det ene sykehuset, der det avdekkes at pasienten bør behandles på det andre sykehuset. Dersom dette skjer, ville det antagelig vært bedre om det bare var ett sykehus, og pasienten ble fraktet rett dit, uten unødig forsinkelse.»

Flertallet viser videre til at rapporten fra Oslo Economics sier følgende:

«Det er vanskelig å se at det skal være mulig å ha grunnlag for to komplette akuttisykehus på Helgeland, med bare 40 000 innbyggere som pasientgrunnlag for hvert av sykehusene. To komplette sykehus vil medføre

risiko for dårlig kvalitet i enkelte deler av behandlingen, fordi volumet av enkelte typer behandlinger blir for lite. To sykehus betyr at hvert av dem vil få færre ansatte med økt sårbarhet til følge.»

Flertallet viser til at analysen fra Oslo Economics i stor grad svarer på de spørsmål som forslagsstillerne har i sitt ønske om å utrede to «fullverdige» akuttisykehus. Flertallet kan ikke se at forslaget er fremsatt med annet enn et ønske om en utsettelse av beslutningen av fremtidig sykehusstruktur av Helgelandssykehuset.

Flertallet viser til at styret har bedt om å få fremlagt supplerende informasjon om følgende – i tillegg til de helsefaglige vurderingene:

«Samfunnsanalyse med alternative lokaliseringer i Mo i Rana og aksene Mosjøen og omegn - Sandnessjøen og omegn (herunder Leirfjord) - inntil seks alternativer totalt. Styret ser ikke noen særskilte forhold som tilsier at lokalisering på Hemnes fortsatt skal utredes. Denne lokaliseringen utgår derfor fra videre utredning.

- Beskrivelse av psykisk helsevern i en ny struktur.
- Beskrivelse av fødetilbudet i en ny struktur.
- Bærekraftanalyse.»

Flertallet viser videre til statsrådets vurdering av forslaget, hvor det fremgår klart at Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at eventuelle endringer i sykehusstilbudet ikke skal svekke det samlede fødetilbudet. Videre at befolkningsgrensen på 60–80 000 innbyggere for stort akuttisykehus er satt for å sikre et tilstrekkelig pasientvolum for akutttilbudet, spesielt innen kirurgi, men også for andre spesialiteter, men at lokale forhold enkelte steder vil gjøre det nødvendig å etablere stort akuttisykehus for noe mindre befolkningsgrunnlag. Ved stortingsbehandlingen av planen ble det vedtatt å be regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.

Komiteens medlem fra Senterpartiet registrerer at regjeringens partiene støtter seg på en ekstern utredning og ikke vedtatte Nasjonal helse- og sykehusplan når det argumenteres mot å utrede to sykehus på Helgeland med fullverdige akuttfunksjoner.

Dette medlem viser til at Senterpartiet i forbindelse med behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan fremmet forslag om en nettverksmodell for utvikling av sykehus der det også legges opp til en viss oppgavefordeling av de mer spesialiserte funksjonene. Forutsetningen er at alle sykehus i en slik modell sikres breddekompetanse innen både akuttkirurgi, akuttmedisin, anestesi, røntgen og laboratorietjenester, samt fødetilbud.

Dette medlem viser til at dersom man skulle tatt analysen fra Oslo Economics på alvor, samt helsemi-

nisterens fastholdelse av en befolkningsgrense på 60–80 000 for å ha akuttkirurgi, ville det betydd for resten av landet at minst halvparten av norske sykehus i dag skulle miste sine akuttkirurgiske funksjoner.

Dette medlem mener det er spesielt at befolkningsgrensen skal gjøre seg gjeldende på Helgeland, men ikke i resten av landet. Det finnes mange sykehus i landet med omtrent samme befolkningsgrunnlag. Eksempelvis Voss sjukehus, Narvik sykehus, Notodden sykehus, Flekkefjord sykehus og Namsos sykehus. Til og med Odda sykehus og Tynset sjukehus, med langt mindre befolkningsgrunnlag, har fått opprettholdt akuttkirurgiske funksjoner på grunn av lange avstander og de spesielle geografiske utfordringene i området.

Dette medlem reagerer også på at Oslo Economics' analyse, som regjeringspartiene støtter seg på, setter likhetstegn mellom sykehusstørrelse og kvaliteten på tjenestene, altså at to komplette sykehus vil medføre risiko for dårlig kvalitet. Det er ikke dokumenterte påstander. Det finnes mange undersøkelser og kvalitetsvurderinger av norske sykehus som viser at dette ikke stemmer. Dårlige resultat, svikt i pasientbehandlingen og uheldige hendelser skjer dessverre på både store og små sykehus. Helsedirektoratet skrev i sitt innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan at det er kvalitetsforskjeller mellom sykehus og ulike tilbud i Norge, men skillelinjene går ikke først og fremst mellom små og store sykehus. Det samme skriver professor Bjarne Jensen i sin forskningsrapport «Helsereformer på feil premisser». I forskningsrapporten vises det til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sine data som rangerer sykehusene i Norge etter kvalitet for fire diagnoser: hjerteinfarkt, hjerneslag, hoftebrudd og samlet for alle diagnoser, og til Riksrevisjonens rapporter. I forskningsrapporten konkluderes det med at det ikke kan påvises at større sykehus yter sykehustjenester med bedre kvalitet enn mindre sykehus, med tre unntak. Når det gjelder hjerteinfarkt, skårer de store sykehusene noe bedre som gruppe enn de små, når det gjelder hjerneslag skårer gruppen mindre og mellomstore sykehus bedre enn de store, og når det gjelder fødselsomsorg, er fødendes opplevelser av kvalitet høyere i de små sykehusene enn i de store.

Dette medlem vil understreke at kvalitet i sykehustilbud også henger sammen med nærhet i sykehusstilbudet og at tilbudet er forutsigbart. Dette er spesielt viktig når det kommer til det akuttmedisinske tilbudet og fødetilbudet. Sykehusstrukturen må selvsagt ta hensyn til de geografiske forholdene i Norge. Lokalsykehuspasienter utgjør 60–75 pst. av alle pasientene, og 50–70 pst. av de som blir lagt inn for øyeblikkelig hjelp, kan ferdigbehandles på lokalsykehusnivå. Den enorme oppgavefordelingen som skisseres i Oslo Economics' rapport, tar ikke hensyn til at «det vanlige er det vanlige» og at en stor andel av spesialisthelsetjenestens pasienter ikke

har behov for høyt spesialiserte tilbud. Et sykehus med god breddekompetanse kan tilby god behandling for flertallet av pasienter som blir innlagt på sykehus, og ikke minst stå for lokal beredskap ved uheldige hendelser og ulykker. I tillegg er det viktig for fødetilbudet at det er akuttkirurgisk beredskap tilgjengelig.

Dette medlem viser til at Oslo Economics i sin analyse heller ikke ser behovet for å ha to fullverdige sykehus ved øyeblikkelige hjelp-situasjoner. Det legges til grunn fra Oslo Economics at oppgavefordelingen vil gjøre at et av sykehusene ikke vil kunne håndtere slike akuttsituasjoner selv. Dette medlem mener at fremstillingen ikke avbilder virkeligheten for sykehus av tilsvarende størrelse, og hva betydningen nettopp avstand har når det gjelder traumebehandling og andre akutte hendelser. Ved å sette krav til at begge sykehus har breddekompetanse, vil selvsagt begge sykehus kunne settes i stand til å håndtere de vanligste øyeblikkelige hjelp-situasjoner og gi trygghet for lokal beredskap.

Dette medlem viser til at Oslo Economics' analyse legger til grunn at to fullverdige sykehus vil øke kostnadene, fordi det vil kreve doble vaktteam. Dette er påstander som ikke er dokumentert. I forskningsrapporten «Helsereformer på feil premisser» er det analysert om det er samvariasjon mellom sykehusstørrelse og kostnadene ved sykehustjenester målt ved kostnader per DRG-poeng (diagnoserelaterte grupper). Analysene viser at det ikke eksisterer en slik samvariasjon. Analyser av fusjoner til storsykehus både i Norge og utlandet viser at sykehusfusjoner ikke gir gevinst verken kvalitetsmessig eller kostnadmessig. De gir sjelden de resultater som er forespeilet, og blir tvert imot ofte dyrere i drift, fordi stordriftsulempene bagatelliseres. Det er altså andre faktorer enn sykehusstørrelser som avgjør sykehusets produktivitet.

Dette medlem viser til at Senterpartiet fremmet følgende forslag under trontaledebatten høsten 2019:

«Stortinget ber regjeringen sikre at ingen av dagens fødeavdelinger eller andre fødetilbud legges ned».

Dette betyr at Senterpartiet ikke vil støtte nedleggelse av fødeavdelingen, verken i Sandnessjøen eller Mo i Rana.

Dette medlem registrerer forslaget som er løftet om å flytte administrasjon og ledelse av helseforetaket til Mosjøen, og at spesialisthelsetjenestetilbudet i Mosjøen får ansvar for all rus- og psykiatribehandling. Dette medlem mener dette er en løsning som bør utredes som del av en struktur med to fullverdige akutt-sykehus.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti har stor sympati for representantforslaget, og anerkjenner at Senterpartiets alternativ ikke omfattes av det som tidligere har blitt utredet. Likevel veier lo-

kaldemokratiet og kommunenes mening i denne saken tyngre for dette medlem. Når 13 av 17 kommuner har uttrykt enighet om en ettskyehusmodell, er dette et avgjørende moment ettersom spørsmålet her er lokal-demokratiske prosesser.

Dette medlem er enig i kritikken mot prosessen i prosjektet Helgelandssykehus 2025, manglende åpenhet og mulighet for innflytelse i prosessen. Dette anser dette medlem som del av et større bilde og utfordringene knyttet til helseforetaksmodellen, hvor folk ofte melder fra om unødig stor avstand mellom seg og beslutningstakere i sykehussaker.

Dette medlem påpeker viktigheten av at det foreligger en helhetlig plan for de prehospitale tjenestene i de ulike alternativene som er skissert for struktur og lokasjon. Videre mener dette medlem at innholdet i distriktsmedisinske sentre, og særlig i svangerskapsomsorgen, bør defineres før det fattes et vedtak i foretaket.

På bakgrunn av dette fremmer dette medlem følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det foreligger en helhetlig plan for prehospitale tjenester i de ulike alternativene som er skissert for struktur og lokasjon for Helgelandssykehuset 2025, samt at innholdet i distriktsmedisinske sentre defineres før det fattes vedtak i saken.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen sørge for at Helse Nord RHF utvider mandatet for Helgelandssykehuset 2025,

slik at mandatet også omfatter en utredning av en sykehusstruktur med to lokalsykehus med fullverdige akuttfunksjoner og inntil to distriktsmedisinske sentre. Sykehusene må minst ha døgnerberedskap innen akuttmedisin, akuttkirurgi, anestesi og tilgang til radiologi- og laboratorietjenester, samt fødeavdeling.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen sørge for at det foreligger en helhetlig plan for prehospitale tjenester i de ulike alternativene som er skissert for struktur og lokasjon for Helgelandssykehuset 2025, samt at innholdet i distriktsmedisinske sentre defineres før det fattes vedtak i saken.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Venstre og Kristelig Folkeparti.

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

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 – vedtas ikke.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 12. november 2019

Geir Jørgen Bekkevold

leder

Jan Steinar Engeli Johansen

ordfører



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2019/2674

Vår ref
19/2531-

Dato
25. september 2019

Dokument 8:159 S (2018-2019) - Representantforslag om å utrede to sykehus med fullverdige akuttfunksjoner på Helgeland

Det vises til brev datert 4. juni d.å. fra helse- og omsorgskomiteen der man ber om min uttalelse vedrørende ovennevnte representantforslag. Forslaget er som følger:

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 akuttfunksjoner og inntil to distriktsmedisinske sentre. Sykehusene må minst ha døgnberedskap innen akuttmedisin, akuttkirurgi, anestesi og tilgang til radiologi og laboratorietjenester, samt fødeavdeling.

Svar:

Med bakgrunn i Helgelandssykehusets utviklingsplan mot 2025 fikk Helse Nord i foretaksmøtet 17. november 2015 godkjenning for å sette i gang et arbeid som innebærer at sykehusstrukturen i Helgelandssykehuset kan endres. I september 2016 vedtok styret for Helse Nord følgende mandat for utredningen av sykehusstrukturen for Helgeland 2025:

- I. 0-alternativet (dagens løsning)
- II. Alternativ 2a - Stort akuttssykehus med inntil tre DMS
- III. Alternativ 2b-1 Stort akuttssykehus i kombinasjon med ett akuttssykehus og inntil to DMS
- IV. Styret forutsetter at alle alternativene utredes likeverdig.

Styret i Helse Nord fastholdt på styremøtet 28. mai 2019 at alternativ 2 b-1 (stort akuttssykehus med alle funksjoner pluss ett akuttssykehus, og inntil to distriktsmedisinske sentre) ikke skulle tas ut av mandatet for prosjektinnramming Helgelandssykehuset 2025.

Styret vedtok i tillegg at følgende supplerende informasjon legges frem - i tillegg til de helsefaglige vurderingene:

- a) Samfunnsanalyse med alternative lokaliseringer i Mo i Rana og aksene Mosjøen og omegn - Sandnessjøen og omegn (herunder Leirfjord) - inntil seks alternativer totalt. Styret ser ikke noen særskilte forhold som tilsier at lokalisering på Hemnes fortsatt skal utredes. Denne lokaliseringen utgår derfor fra videre utredning.
- b) Beskrivelse av psykisk helsevern i en ny struktur.
- c) Beskrivelse av fødetilbudet i en ny struktur.
- d) Bærekraftanalyse

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

Ved behandlingen av planen sluttet Stortinget seg til planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus:

Regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akutfunksjoner.

- Betegnelsen stort akuttisykehus 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.
- Akuttisykehus skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser.
- Akuttisykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.
- Akuttisykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.

Nasjonal helse- og sykehusplan slo fast at eventuelle endringer i sykehusstilbudet ikke skulle svekke det samlede fødetilbudet.

Befolkningsgrensen på 60-80 000 innbyggere for stort akuttisykehus er satt for å sikre et tilstrekkelig pasientvolum for akutttilbudet, spesielt innen kirurgi, men også for andre spesialiteter. Men lokale forhold vil enkelte steder gjøre det nødvendig å etablere stort akuttisykehus for noe mindre befolkningsgrunnlag.

Ved stortingsbehandlingen av planen ble det vedtatt å be regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivarett.

Videre utredning av sykehusstrukturen på Helgeland

Helse Nord har lagt til grunn at det ikke er befolkningsgrunnlag for to store akutt sykehus med bredt akuttkirurgisk og medisinsk tilbud på Helgeland. Dette er derfor ikke en del av mandatet for Helgelandssykehuset 2025. Dersom konklusjonen blir at det skal være to sykehus på Helgeland, er alternativet derfor ett stort akutt sykehus og ett akutt sykehus. Befolkningsgrunnlaget til Helgelandssykehuset var i januar 2018 på ca 77 000 personer.

Nasjonale helse- og sykehusplan har som utgangspunkt at det er et handlingsrom når det gjelder innholdet i et akutt sykehus. Det avgjørende vil være hensynet til lokale forhold, pasientenes behov og muligheten til å opprettholde kvalitet og pasientsikkerhet. Det eksisterer i dag flere modeller for akuttberedskap ved akutt sykehus som fungerer tilfredsstillende ut fra lokale forutsetninger.

Spørsmålene om den fremtidige sykehusstrukturen engasjerer naturlig nok befolkningen på Helgeland. Det er derfor viktig at den pågående prosessen er åpen og at alle synspunkter blir hørt. Sykehus er ikke bare et helsetilbud. De gir også trygghet, og inneholder viktige kompetansearbeidsplasser. Lokalisering av sykehus har dessuten stor betydning for den regionale utviklingen.

Etter planen skal den fremtidige sykehusstrukturen behandles av styret i Helse Nord i desember.

Med hilsen



Bent Høie

