

Åpent brev til foretaksledelsen i Helgelandssykehuset og til Helse Nord

I et samfunn der det meste er styrt av demokratiske prosesser er det med betydelig undring vi har fulgt Helse Nord og Helgelandssykehuset i prosessen rundt etablering av traumesystem for landsdelen. Undringen har toppet seg når vi nå ser at helseforetakets administrasjon faktisk har betalt en ekstern konsulent for å skaffe argumenter for sykehuset på Mo. Vi kan ikke forstå at en så viktig samfunnsinstitusjon kan styres på en slik måte.

Ranas høringsnotat består av tre elementer: En presentasjon av Rana sykehus, en utredning av logistikk og transportavstander for pasienter med alvorlige skader, og til sist en høyst privat høringsuttalelse fra tallkonsulenten som man tydeligvis har fått på kjøpet uten at relevansen er nærmere beskrevet.

Selve presentasjonen har en form som vi kjenner igjen fra en annen utredning fra Rana som har vært omtalt i media siste tiden. Den føres i en ganske rosenrød tone og omtaler selvfølgelig ikke de problemer man har hatt med at en fagperson har vært tatt ut av aktiv tjeneste, eller at man for tiden støvsuger markedet etter gynekologer for å få fylt vaktlistene. At man skryter av at man vil bytte ut MR-maskinen i løpet av 2011, er også med til å styrke oppfatningen om at en del av Helgelandsbefolkningen forfordes på bekostning av andre.

Det vi imidlertid er mest skeptiske til, er at det ikke finnes personer med tilstrekkelig kompetanse i prehospital medisin innenfor sykehuset til at man greier å utarbeide et høringsnotat selv. Det lover ikke godt for kvaliteten på tjenesten dersom Rana skal overta all traumeomsorg. Helgelandssykehuset har antakelig vært uheldige med valg av konsulent, for de fleste konklusjonene inneholder alvorlige feil. Vi vil påpeke de groveste:

Brønnøyhelikopteret er ikke i dag, og vil heller ikke i fremtiden være en akuttmedisinsk primærressurs for den nordlige delen av Rana. Utflydd distanse fra Brønnøysund til Bolna er om lag 180 km. Avstanden fra Bodø til Bolna er 90 km. Ved alvorlige hendelser i den øvre delen av Dunderlandsdalen brukes ikke helikopteret i Brønnøysund, men redningshelikopteret i Bodø. Det samme gjelder akutt situasjoner i Rødøy. Dermed er det feil å hevde at "den verst tenkelige situasjonen er ulykke på Bolna, base i Brønnøysund og traumesykehus i Sandnessjøen". Den verst tenkelige situasjonen er en ulykke på Majavatn eller Vennesund og traumesykehus i Rana, uansett helikopterbase.

Det er oppsiktsvekkende at man lanserer et geografisk midtpunkt beregnet etter at Brønnøyregionen er ekskludert. Sør-Helgeland er faktisk Helgelandssykehusets ansvar. At det sykehuset som tar mål av seg til å være regionens "hovedsykehus" så eksplisitt fraskriver seg ansvaret for 20 % av befolkningen er en svært alvorlig sak.

Høringsnotatet opererer med regularitetstall for ambulanshelikoptertjenesten som sannsynligvis bygger på manglende forståelse for hva tallene innebærer. I og med at høringsnotatet mangler kildehenvisninger er det vanskelig å etterprøve beregningene. Det er imidlertid slik at helikopterets værmessige begrensninger ikke bare gjenspeiles i antall avbrutte oppdrag, men også i avviste oppdrag. Å anslå korrekt regularitet er en ganske komplisert prosess. Alle seriøse utregninger av ambulanshelikoptertjenestens

værbegrensninger angir langt høyere avviksprosent enn Ranas høringsnotat. Påstanden om at ”regulariteten for ambulanshelikopteret i Mo i Rana er god og har ikke de samme klimatiske utfordringene som i Mosjøen” strider i mot alle data fra luftambulansetjenesten selv og kan ikke være riktig.

Høringsnotatet legger stor vekt på forskjellige befolkningsvektede transportavstander. Slike beregninger er allerede gjort av Helse Nord i ”Rapport om organisering av framtidig kirurgisk akuttberedskap, Helse Nord rapport 1 – 2003”. I rapportens kapittel 4 konkluderes det for Helgeland med at: ”Dersom man ønsker én institusjon med akuttberedskap er Vefsn den mest sentrale, dersom man kun legger demografiske forhold og transportavstander til grunn, Sandnessjøen nest best og Rana den minst gunstige plasseringen”. Rapporten er skrevet av en bredt sammensatt gruppe rekruttert fra hele regionen, og burde veie tungt.

Det er ikke spesielt tillitsvekkende at Helgelandssykehusets administrasjon baserer hele sin befatning med denne saken på en rapport utarbeidet av en legmann uten innsikt i prehospitale tjenester. Det virker dessuten splittende at foretaksadministrasjonen så ensidig fokuserer på Rana sykehus, i alle fall når det gjelder fordeling av funksjoner. Etter 10 år burde administrasjonen i større grad ha lyktes i å samle oppslutning om sykehuset, i stedet er splittelsen mellom Rana-regionen og Helgeland for øvrig mer synlig enn noen gang.

Slik saken er fremstilt i avisene kan det se ut som om foretaksadministrasjonen har brukt denne konsulentrapporten mot Helse Nord allerede under saksforberedelsene tidlig i sommer, uten at rapporten var drøftet med det ambulansefaglige miljøet i helseforetaket. Dersom man virkelig ønsker oppslutning om administrasjon og styre er dette i beste fall en usedvanlig lite klok fremgangsmåte. I verste fall er det en bevisst aksjon for å skjule alvorlige ulemper ved å legge traumeomsorgen til sykehuset i Rana.

Vi synes det er trist at administrasjonen på Rana sykehus velger å legge fram en konklusjon som går mot ønskene til flertallet av befolkningen på Helgeland. Det er enda mer trist at foretaksledelsen synes å støtte dette. Vi velger å støtte konklusjonen i høringsnotatet fra Sandnessjøen sykehus, og er glade for at sykehusdirektøren i Mosjøen også subsidiært kan tenke seg en slik løsning: Behold traumekompetansen på alle lokalsykehusene og sørg for å utvikle den videre. Det redder flest liv og gir størst helsegevinst for traumepasienter.

Per Arne Reinertsen

Overlege og tillitsvalgt

Den norske legeforening, Sandnessjøen sykehus

Bård Anders Langø

Leder Alstahaug Arbeiderparti