

## SNEVERSYNT OG DYRT. HVEM SKAL "FELLESSYKEHUSET" TJENE?

Konseptrapporten for Sykehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR) er en tilsynelatende grundig katalog over ønsket utforming av et nytt sykehus for en gitt befolkning på om lag 110 000 innbyggere. Og det er fint med nye lokaler og 170 en-sengs rom for de som er innlagt, til og med meget fordelaktig med tanke på smitteforebyggelse, privatliv og konfidensialitet. Selv om dokumentet poengterer framtidig fleksibilitet er dette en dyr øvelse - betong er både tungt, støvete og dyrt å ombygge.. For plandokumentene er unnvikende - og til dels tendensiøse når det gjelder konkretisering av hvordan sykehusbygget skal innpasses i dagens medisinske utvikling. Denne løper rasende fort og det vil være tragisk for Helse Midt-Norge å bruke opp penger på uhensiktsmessige bygg når køen av trengende syke med til dels dyre pasientforløp bare vokser og vokser. Prosjektet er iflg. konseptrapporten antatt å koste 4,3 mrd. - men var i forrige "runde" prosjektert til 5,8 mrd. Det er all grunn til å tro at prosjektet vil bli ytterligere klippet ned - for det blir alle sykehusbygg. Nedskalering av slike bygg starter med å fjerne det som ikke direkte kan sies å direkte "høre til" prosjektet. Ett slik element er innholdet i spesialisthelsetilbudet i Kr.sund. Dernest reduserer man på de dyreste elementene, for eksempel antall operasjonsstuer. Og at å bygge rom for å utføre høyteknologisk avansert behandling er meget kostbart- det vet alle. Men hva slags høyteknologisk behandling er det som vil bli gjort ved dette sykehuset?

De siste årene er den hyppigst utførte operasjonen ved Molde sykehus den som gjøres for grå stær - m.a.o. å skifte ut linsen i øyet. Dette er en form for kirurgi som i landet ellers er i stor grad desentralisert fra sykehusene - i stor grad privatisert, fordi ved å gjøre inngrepet i regi av mindre private enheter oppnår staten bl.a. god kostnadskontroll og korte ventetider. Operasjoner for grå stær er ofte meget vellykket for den som gjenvinner synet - men trenger ikke å lokaliseres i en stor og monumental sykehuskropp. Måten man organiserer dette er eksempel til etterfølgelse for andre fagområder.

Hva slags andre inngrep er det som skal utføres ved "fellessykehuset"? Her må man dels se på status pr. i dag, dernest ta med seg vedtak i styrende organer og så etter beste evne prøve å se forventet fagutvikling. For kreftkirurgien er det en realitet at det som gjøres av inngrep lokalt på befolkningen i Romsdal og på Nordmøre er meget beskjedent. Antall kirurgiske inngrep på buken er så lavt at det ligger helt marginalt mht. såkalt "behandlingsvolum" - dvs. forsvarlig antall inngrep pr. lege pr. år. Dette er et til dels godt mål for kvalitet - basert på opparbeidet erfaring. Men siden kreftbehandling med årene er blitt så sammensatt, og vanskelig å holde oversikt over, er team-baserte tilnærminger (MDT) blitt tidens løsning. Den erfarne kirurg er fortsatt sentral, men da som et svært viktig ledd i en kjede av spesialisert personell. Slik teambasert arbeidsform er personell- og tidkrevende - og er ikke mulig å realisere ved et hvert sykehus.

De styrevedtak som er gjort for "Fellessykehuset" poengterer med all tydelighet at Ålesund skal være det mest differensierte i dette fylket. Planleggingen må ta høyde for dette, ellers er man i ferd med å bygge "luftslott". Eller man bygger noe som er uhensiktsmessig for framtida. Styrevedtakene har pr. i dag medført at fagområdene er sammenslått - noe som betyr felles avdelingsledelse - og strammere kostnadskontroll. Det blir da urealistisk å tro at man kan unngå ytterligere sentralisering til Ålesund. Mulighetsrommet for å kunne tilby særlig bredt spekter av kirurgiske operasjoner ved "fellessykehuset" er derfor meget begrenset.

Hva med andre fagområder? Rapporten er avslører seg selv på flere punkter: For øyekirurgien er det anført på unyansert vis at de mest avanserte inngrepene må gjøres ved sykehuset – og ikke kan gjøres i en velutviklet spesialistpraksis. De fleste øyeleger ville ikke støttet slike synspunkt.. Og om akuttbehandling har gruppearbeidet latt seg beruse – til nordmørspasientens framtidige uheld: ”Det vil vere omfattande transport av pasientar mellom sjukehuset på Hjelset og St. Olav eller sjukehuset i Ålesund, samt til og frå flyplass” ...”I eller ved akuttsjukehuset på Hjelset og i Kristiansund skal det leggast planar for ein ambulansetasjon.” (kapitel om Prehospitale tjenester). De omtrent 30 000 menneskene som ved etablering av ”fellessjukehus” får uforsvarlig lang transporttid har grunn til å bekymre seg, når akutt sykdom eller skade inntreffer og tiden er knapp.

Helseøkonomisk er vi i en knapphets situasjon og uten legenes medvirkning kan vi risikere at handlingsrommet for å tilby god behandling svinner hen. Legen er satt til å gi råd om hva som synes å være god behandling for den enkelte, og ut fra hva samfunnet stiller til rådighet. Jeg ser planleggingen av nytt sykehus på Hjelset som et prosjekt med kolossalt stor risiko. Da tenker jeg på misbruk av fellesskapets ressurser og svekkelse av tilliten til at fellesskapet skal kunne fortsatt opprettholde likeverdighet.