

Høringsinnspill: Forsvarlig drift ved Helgelandssykehuset

Jamfør mandat 3.3.

Innspillet kommer fra: Anna Ildgruben, seksjonsoverlege gynekologi, på vegne av Føde/gyn miljøet Helgelandssykehuset, Mo i Rana.

Dato: 11.12.24

Innsending til: postmottak@helgelandssykehuset.no

1. Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient

Hvordan vurderes kvaliteten på behandlingen av pasientene ved forslaget?

Innspill:

2. Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver

Hvordan vurderes beredskapsnivået ved Helgelandssykehuset i forhold til deres ansvar og oppgaver?

Innspill:

3. Forsvarlig totalbelastning på personell

Arbeidsbelastningen på personellet ved Helgelandssykehuset?

Innspill:

4. Forsvarlig bruk av bygg og utstyr

Bruk av bygg og utstyr ved Helgelandssykehuset?

Innspill:

5. Forsvarlig økonomi

Økonomisk drift ved Helgelandssykehuset?

Innspill:

6. Fritekst

Kommentarer eller innspill

Kommentar til Funksjons og oppgavefordeling i HSYK HF, Forslag til høring 4. november 2024.

Innspill fra Gynekologi og fødselsomsorg HSYK, Mo i Rana:

I avsnittet Gynekologi (side 16):

Det er angitt 10 kvinne- og fødesenger ved føde-gyn avdelingen i Mo i Rana. Det er 12 senger ved avdelingen. I tillegg er det kapasitet for dagkirurgiske pasienter ved dagkirurgisk avdeling og for selekterte gynekologisk kirurgiske postoperative pasienter (tilstands- og diagnoseavhengig) ved kirurgisk avdeling.

Det er angitt at det ved Mo i Rana og Sandnessjøen i 2023 ble utført hhv 238 og 390 inngrep (dag og døgn).

Det er ikke med konkrete tall presisert hvilke inngrep det gjelder eller fordelingen mellom dag og døgnvirksomhet for de forskjellige inngrepene. Det er ikke definert antall inngrep som registreres som dagkirurgi utført ved operasjonsavdelingen sammenlignet med samme type inngrep som utføres poliklinisk og som dermed ikke blir registrert blant det totale antallet inngrep som angis som "inngrep (dag og døgn)". Tallene er kvantitative og forklarer ikke hvor stor andel av de forskjellige typene av inngrep som man har klart å omorganisere og gjennomføre som dagkirurgi i stede for døgnkirurgi. Tallene speiler heller ikke fordelingen av indikasjoner som grunnlag til operatørbeslutning.

Ved forrige FSU angis at det ved HSYK utføres flere hysterektomier enn sammenlignbare foretak og at det er planlagt en årsaks-studie ved HSYK Sandnessjøen. Hva er resultatet og konklusjon av studien og hva er i så fall relevansen til videre praksis i HSYK? Kan resultatene i studien forklare noe av forskjellene i antall inngrep (dag og døgn) som utføres ved hver lokasjon?

I avsnittet Faglige relasjoner og avhengigheter – vurderinger i FSU (side 25) angis at "det ble vist til mulig gevinstpotensial i samlokalisering av urologi og gynekologi", uten at det presiseres nærmere. I samme avsnitt angis at "Gynekologi er lokalisert i begge sykehusene, og gynfaget kan kanalisere pasienter til sykehuset med urologi, uansett hvor urologi lokaliseres". Dette kan ikke tolkes som annet enn et veldig diffust og lite fagbasert forslag uten konsekvensbeskrivelse om å oppgavefordele gynekologisk kirurgi til én lokasjon. Den type gynekologiske kirurgiske inngrep som per i dag utføres i Mo i Rana har ikke behov for kirurgisk beredskap med urologisk kompetanse. De få tilfeller med registrert kirurgisk komplikasjon med rifter i urinblæren er knyttet til keisersnitt, hovedsakelig ved uttalt arrdannelse etter to eller flere tidligere keisersnitt. Andre situasjoner der komplikasjon med rifter i urinblæren kan oppstå er ved hysterektomi, men her er insidensen betydelig lavere. I begge tilfeller er det gynekologen som registrerer komplikasjonen og behandler den på egen hånd eller med assistanse av generell kirurg. Et mulig gevinstpotensial skulle i denne sammenheng diskvalifisere majoriteten av alle fødeavdelinger på lokalsykehus som ikke har samlokalisering mellom gynekologi og urologi til å utføre keisersnitt. Dette forklares også i

samme avsnitt, der det angis at “det er ikke grunnlag for selvstendig akuttberedskapsordning med spesialisering i urologi, men eksisterende ordning med urologisk akuttberedskap og oppfølging i samarbeid med generell kirurgisk beredskapsordning ble anbefalt videreført”.

HSYK, begge lokasjoner, er godkjent som læringsarena for LIS3 i gynekologi og fødselshjelp. I valideringen av FSU fra Mo i Rana, som ble presentert 30.09.24, belyses at “Standard gynekologiske inngrep bør gjennomføres ved begge lokalisasjoner for å sikre kompetanse og utdanning til fremtidig drift”. Dette gjelder hysterektomier (laparoskopi og laparotomi) og gynekologisk laparoskopiske inngrep, etter kompetansemålene i LIS3 utdanningen.

I avsnitt Vurdering funksjons- og oppgavefordeling i kirurgiske fagområder (side 26) foreslås ikke endringer i funksjonene i fødetilbudet eller gynekologifaget. Det anbefales likevel at kirurgisk klinikk utreder en eventuell *intern* funksjonsfordeling av gynekologiske inngrep som gjøres sjelden. Her er nivået for begrepet “sjeldent” ikke definert og det mangler konkret beskrivelse av de inngrep som avses uten at nødvendigheten av faglig kompetanse blir poengtert. Her er det viktig å skille ut inngrep som etter nasjonale retningslinjer skal sentraliseres til høyere nivå; universitetsklinikk eller senter med nasjonal kompetanse.

Vi har et sterkt ønske om å styrke og forene fagmiljøet ved HSYK med samhold og fokus på et godt pasienttilbud. Det oppfattes i dette sammenheng uheldig å bruke diffuse og motstridene uttrykk i forslag til høring, som for eksemplet “mulig gevinstpotensial” som kan fremkalle forskjellige tolkninger som kan føre til unødvendig dragkamp heller enn økt samhold.