

HØRINGSSVAR fra DNLF

I oppdraget som HSYK har fått i foretaksmøte 03.07.24 ligger det til grunn av det skal ytes somatisk akuttfunksjoner ved lokalisasjonene i Sandnessjøen og Mo i Rana. Det skal i tillegg være spesialisthelsetjeneste i Mosjøen og i Brønnøysund. Forslaget som HSYK skal utarbeide om funksjons- og oppgavefordeling skal sikre god kvalitet i tjenestene og en rasjonell og bærekraftig drift.

Vi ønsker å fremheve et utdrag fra faglig strategisk utviklingsplan i HSYK; «Begrunnelsen for å ikke etablere en en-sykehusmodell var å sikre best mulig tilgjengelighet til helsehjelp fra alle deler av et relativt langstrakt Helgeland. **Når det er vedtatt to sykehus med akuttfunksjoner er det viktig av begge disse er store nok til å opprettholde gode fagmiljøer for rekruttering, store nok for å opprettholde vaktssystemer og utdanning**, og til å understøtte en kontinuerlig utvikling, både faglig og ledelsesmessig. Det må være nok pasienter i begge sykehusene til å underbygge volumkompetanse, og ved å svekke en av lokalisasjonene blir hele tilbudet i HSYK svekket.»

Hvis man avviker fra dette prinsippet, og etablerer 2 akuttisykehus som har for stor variasjon mellom volum i opptaksområdet for akuttinnleggelse, vil det ramme nettopp rekruttering gjennom vaktssystemer og utdanning. Dette vil igjen ramme pasientbehandling.

Innenfor indremedisin er det eksempelvis et mål om å endre vaktordninger fra passiv vakt til aktiv vakt hele døgnet. Det krever minimum 8-10 LIS2 på begge akuttisykehusene. Dersom volumet av pasienter blir vesentlig lavere ved det ene sykehuset, vil dette ramme slik at man ikke har like premisser til å etablere vaktordninger med lik vaktbelastning. Variasjon i størrelse vil også påvirke muligheter for faglig utvikling, og videre rekrutteringsmuligheter. Vi har erfart sårbarheten HSYK har i dag ved manglende rekruttering av LIS2 indremedisin, det er avgjørende å ha et særlig fokus på dette for å sikre bærekraft for fremtiden. Arbeidstidsordninger påvirker rekruttering, og er blant de faktorer helseforetaket har mulighet til påvirke. Framtidens HSYK må ha vaktordninger som gjør at spesialister kan se for seg en arbeidshverdag i sykehus i årene framover. Det må være levelig å jobbe som spesialist i et vaktgående fag.

Forslaget om å dele opptaksområdet for indremedisin og kirurgi i samme kommune, vil DNLF fraråde. Vår anbefaling er å beholde felles opptaksområdet for indremedisinske og akuttkirurgiske pasienter fra samme kommuner.

Løsningsforslaget legger til grunn at det ikke vil være gjennomførbart å overføre 13 indremedisinske senger fra HYSK Mosjøen til HSYK Sandnessjøen i sin helhet. Man bør likevel opprettholde Sandnessjøen som akuttisykehus for de 3 kommunene, dette for å imøtekomme bærekraft i modellen med 2 akuttisykehus. Et kompenserende tiltak kan være å etablere 2 tilnærmet like store sengeposter ved HSYK Sandnessjøen og HSYK Mo i Rana, og at en samtidig økning av senger ved HSYK Mo i Rana vil kunne bli en «buffer» som del av HSYK totale kapasitet for indremedisinske innleggelse. Dette uten at man endrer den opprinnelige akuttisløyfen for indremedisinske pasienter, som gir en forutsigbarhet ved innleggelse fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. I en overgangsperiode bør man ikke gjennomføre overføring av akuttfunksjoner med samtidig reduksjon av totalt antall indremedisinske senger i foretaket. En slik løsning vil imøtekomme forutsetningen om 2 akuttisykehus som er store nok til å opprettholde gode fagmiljøer for rekruttering, store nok for å opprettholde vaktssystemer og utdanning.

I løsningsforslaget er det anbefalt å starte en utredning av observasjonssenger i Brønnøysund. DNLF støtter dette forslaget, og vår anbefaling er at dette må gjøres i et nært samarbeid med kommunen. På samme måte vil det være aktuelt å kunne se på likende samarbeid for pasienter som i dag tilhører opptaksområdet til kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal.

Skal HSYK bestå med 2 akutt sykehus som i beskrevet i oppdraget, er det nødvendig at det må være et visst volum av større elektiv kirurgi ved begge sykehusene. Løsningsforslaget anbefaler å flytte alle operasjoner innenfor urologi fra Mosjøen til Sandnessjøen. Det avgjørende at man sikrer en god kompetanseoverføring til alle yrkesgrupper som skal ivareta denne pasientgruppen, og det urologiske fagmiljøet må være godt involvert i denne prosessen. Ved gjennomføring av løsningsforslaget er det en forutsetning at spesialister innenfor urologi jobber ved HSYK Sandnessjøen. Det er en høy risiko for at det etablerte fagmiljøet i HSYK Mosjøen ikke vil pendle, og at det må bygges opp et nytt fagmiljø ved HSYK Sandnessjøen.

Å opprettholde akutt kirurgisk kompetanse dreier seg også om å bygge kompetanse i teamet som jobber rundt spesialistene, det være seg sykepleiere, anestesileger og annet operasjonspersonell. En sykehusstruktur må ha funksjon- og oppgavefordelingen som sikrer nok elektivt volum for å opprettholde akutt kirurgisk beredskap til begge akutt sykehusene. Også innenfor det kirurgiske fagområdet er utdanning for leger og arbeidstidsordninger avgjørende for å opprettholde et fagmiljø.

Ambulering er nevnt i løsningsforslaget. Det er viktig at HSYK erkjenner at ambulering er en frivillig, tariffestet ordning, og kan ikke ligge som et premiss i en struktur- og funksjonsfordelingsprosess. Det anbefales at man har gode ambuleringsavtaler i HSYK, slik at man sikrer at leger er villig til å delta i en frivillig ordning på fagområder hvor det er hensiktsmessig.

HSYK skal redusere på vaktlinjer som ivaretar akuttberedskap. Det er avgjørende at prosessen har som mål å sikre ivaretagelse av alle spesialistene i foretaket. Det må være et overordnet mål at HSYK ikke utilsiktet mister kompetanse. De ulike enhetene påvirkes på ulik måte. Det er fagområder hvor man gradvis kan planlegge kompetanseoverføring på mellom sykehusene i struktur- og funksjonsfordelingsprosessen, og det vil være fagområder hvor man må gjøre individuelle avtaler for å sikre at spesialistene velger å fortsette å jobbe i HSYK. Det vil være fagområder hvor man sannsynligvis ikke vil kunne overføre aktiviteten til andre enheter uten at man mister tilgang til spesialister i faget, og det er fagområder som må tilføres aktivitet for å sikre bærekraft i fremtiden.

Det viktigste er at prosessen videre gir forutsigbarhet og gode arbeidsvilkår for leger ansatt i HSYK. Prosessen med struktur- og funksjonsfordeling må ha en særlig oppmerksomhet til hvordan man skal ivareta leger som i løsningsforslaget får endret arbeidsoppgaver og/eller arbeidssted. Leger i pågående spesialisering i Mosjøen må ivaretas på en særskilt måte.

Vedrørende LIS1 Leger:

Det er i dag ansatt LIS1 leger ved alle sykehusene i HSYK. Totalt 38 LIS1 leger hvorav 10 i Mosjøen 14 i Sandnessjøen og 14 i Mo i Rana.

Hvis/Når sykehuset i Mosjøen mister sin akutt- og døgnfunksjon er det uklart for oss hvor LIS1 legene ved sykehuset i Mosjøen er tenkt å ha videre arbeidssted.

Ut i fra høringsforslaget er det uklart om det skal være ansatte LIS1 eventuelt at LIS1 skal ambulere til sykehuset i Mosjøen. DNLF anbefaler at LIS1 skal ha hovedarbeidssted ved akutt sykehusene da de trenger trygge rammer i den korte tiden de er ansatt i foretaket. Vi er klar over at det kan svekke rekruttering av LIS2/3 og senere overleger til Mosjøen.

Dersom det ansettes LIS1 leger ved HSYK som ønsker å bruke Mosjøen som læringsarena for gitte læringsmål bør arbeidsgiver legge til rette for det. Det er en forutsetning at det er frivillig fra legens ståsted og ikke pålagt fra arbeidsgiver.

Uavhengig av hvor LIS-legene har arbeidsted så må det sikres at de får gjennomført læringsmål og får en relevant læringsarena. Det må med det sikres at de har relevante arbeidsoppgaver for å gjennomføre LIS løp men også for å bedre rekruttering at LIS2/3 og overleger.

På vegne av DNLF

Eilin Andvord Søbstad - Foretakstillitsvalgt for Yngre legers forening

Elisabeth Benum – Foretakstillitsvalgt for Overlegeforeningen