

Høringssvar- funksjons og oppgavedeling i Helgelandssykehuset

Innspillet kommer fra kirurgiske leger ,Helgelandssykehuset
Mosjøen

Dato 12.12.24

Innsending til: postmottak@helgelandssykehuset.

1.Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient.

Hvordan vurderes kvaliteten på behandlingen av pasientene ved forslaget

Innspill:

Forslaget innebærer nedlegging av alle akutte og elektive døgnfunksjoner ved HSYK Mosjøen

Forslaget medfører en betydelig svekkelse av kvaliteten på behandlingen av store pasientgrupper på hele Helgeland generelt, og for befolkningen i kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal spesielt. I de sistnevnte kommuner får alle forlenget sin reisetid til nærmeste akutt sykehus med 60 – 90 minutter regnet fra sine respektive kommunesentra. I disse kommuner har man hatt sykehuset i Mosjøen å forholde seg til i 125 år. Sykehuset er et moderne sykehus som tilfredsstillende den norske betegnelsen akutt sykehus med både spesialist i indremedisin ,anestesi og kirurgi eller urologi i vakt, sammen med operasjonsteam med anestesisykepleier og operasjonssykepleier i vakt. Sykehuset er det mest sentralt beliggende på Helgeland av de tre sykehusene, ligger langs E6 og jernbane og er nærmeste sykehus for ulykker langs de 95 km med E6 mellom Mosjøen og Trøndelagsgrensen. Det ligger også midt i Helgelands nest største by hvor ca 10 000 av innbyggerne bor innen 10 minutters avstand med bil til sykehuset. I sykehusets umiddelbare nærhet befinner det seg også tung og lettere industri, med Nord Norges største landbaserte bedrift Alcoa, målt i antall ansatte og omsetning som hjørnesteinsbedrift. Dette medfører at sykehuset hvert år mottar både lettere og hardt skadde pasienter fra ulykker langs E6, trafikkulykker i sykehusets umiddelbare nærhet og industriulykker. Hvert år gjøres livreddende stabilisering og behandling av våre akutte kirurgiske og indremedisinske team

som er drillet i den typen skader og akutte sykdommer vi mottar. Vi er derfor meget bekymret over ivaretagelsen av de nevnte skader og traumer og også de tidskritiske indremedisinske tilstander når tilbudet i Mosjøen foreslås dramatisk redusert.

Høringsnotatet foreslår flytting av urologi fra Mosjøen til Sandnessjøen. Dette tilbudet er møysommelig bygd opp over en 15 årsperiode, og holder meget høy standard innen både utredning og behandling. Hele behandlingsskjeden vår med alle involverte ledd og yrkesgrupper er velsmurt, drillet og velfungerende til å utføre våre oppgaver. Prostatakraft er nå kreftformen i Norge med flest nyoppdagede tilfeller per år. Vi har bygd opp en topp moderne diagnostisk kjede av utstyr og høyt kvalifisert personell på dette området, og den aktuelle pasientgruppen har allerede levert sine bekymringer via sin brukergruppe for prostatakraftpasienter over å flytte et velfungerende tilbud.

Vår vurdering av forslaget om flytting av urologi fra Mosjøen er at det er meget uklokt, og dette gjelder hele det urologiske tilbudet i Mosjøen, inklusiv planlagt nedleggelse av alle døgntilbud i Mosjøen. Vårt forslag er å beholde urologisk poliklinikk, dagkirurgi og døgnkirurgi i Mosjøen for ikke å ødelegge tilbudet helt.

Det tok ca 10 år å snu den urologiske pasientstrømmen fra Rana kommune til Mosjøen etter lang tradisjon for å sende disse pasientene til Bodø. Nå sender også fastlegene på Mo sine pasienter til Mosjøen, men det er ikke på noen måte gitt at hverken pasienter fra Mo eller fastleger ønsker dette tilbudet flyttet til Sandnessjøen.

Vi kan ikke se at eventuell flytting medfører annet enn svekking av pasienttilbudet for hele Helgeland på dette fagfeltet, og vi kan ikke se at dette styrker det kirurgiske tilbudet i Sandnessjøen på noen som helst måte.

Et av suksesskriteriene for Urologien, og de øvrige Helgelandsfunksjoner som er lagt til Mosjøen, dvs. Nevrologi, Hudsykdommer, Øyesykdommer og Plastikkirurgi, er Mosjøens sentrale beliggenhet på Helgeland. Ingen andre av byene på Helgeland ligger så sentralt plassert på Helgeland, med gode kommunikasjonsmuligheter og ferjefri forbindelse innen akseptabel tid for et stort flertall av Helgelands kommuner som Mosjøen.

Vi frykter at fjerning av våre sengetilbud både på medisinsk og kirurgisk avdeling vil svekke og kanskje ødelegge hele eller deler av disse tilbudene.

Vi ber ledelsen i HSYK og Helse Nord ta dette på alvor og beholde et sengetilbud i Mosjøen som ivaretar både det indremedisinske tilbudet som skal være her og de kirurgiske funksjonene som skal beholdes i Mosjøen. Det er fullt mulig med et felles sengetilbud der kirurgiske pasienter kan bruke noen av sengene i ukedagene. Dette vil dekke behovet for større urologiske og plastikkirurgiske inngrep, samt et begrenset utvalg pasienter innen generell kirurgi. En oppdeling av urologien spesielt og de øvrige helgelandsfunksjonene generelt vil vi på det sterkeste fraråde.

2. Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver

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

Vi mener at forslaget i høringsnotatet dessverre vil svekke det totale beredskapsnivået ved Helgelandssykehuset når beredskapen i Mosjøen reduseres. Vi viser her til det som er nevnt i våre innspill i avsnitt 1, og vil påpeke at selv om man foreslår kirurgisk skadestue på dagtid og akutt indremedisinsk poliklinisk tilbud på dagtid, kan dette bare i liten grad kompensere for dagens indremedisinske og kirurgiske 24/7 tilbud, som holder høy kvalitet og driftes på en god måte.

Godt trent ambulanspersonell som vi har i HSYK, kan heller ikke kompensere for bortfall av vårt akuttilbud, og ambulanspersonellet er i situasjoner som nevnt i pkt 1 vant til at Mosjøen finnes som akuttilbud og at hardt skadde pasienter får god stabiliserende behandling her. Vårt tilbud i dag kan ikke erstattes av legevakt og ambulanspersonell, og dette må tas på alvor.

De tidskritiske tilstandene som slag og hjerteinfarkt må håndteres annerledes for kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal enn i dag og PCI-tilbudet som allerede er sterkt kritisert av Statsforvalteren i Nordland for dårlig tilbud til Helgeland, vil nå bli enda fjernere for befolkningen i de nevnte kommuner.

Kompenserende tiltak for hjerneslagsproblematikk er døgnbetjent CT – tilbud i Mosjøen med mulighet for CT-angiografi som må opprettholdes , men vil være et dårligere tilbud enn dagens likevel.

Oppdelingen av ruting av indremedisinske pasienter mellom Sandnessjøen og Mo i Rana, der Vefsnpasienter skal til Mo er ikke tidligere nevnt, før det kommer som et overraskende forslag i høringsnotatet. Dette gir opptil 90 min ekstra transporttid for Vefsnpasienter, og da er allerede mye tid gått for de tidskritiske tilstandene.

3. Forsvarlig totalbelastning på personell.

Arbeidsbelastningen på personellet ved Helgelandssykehuset

I Mosjøen har vi tradisjonelt rekruttert godt til alle våre stillinger. Sykehuset ligger i en fin by, med størrelse nok til at det er rikelig med sekundærarbeidsplasser til ansattes samboere og ektefeller som ikke har helsefaglig utdanning. Plassering sentralt på Helgeland med gode kommunikasjonsforbindelser via vei, jernbane og fly gjør byen attraktiv.

De siste års planer og forslag til omorganisering i Helgelandssykehuset har imidlertid påvirket rekrutteringen i en viss grad, og er også en stor belastning for våre ansatte som har levd med usikkerhet rundt egen arbeidsplass. ROS-analysen om arbeidsmiljø fra 2023 viste dette tydelig. Den påviste sammenheng med nullsamtalene at det heller ikke er særlig pendlervilje hos ansatte i Mosjøen, hverken til Sandnessjøen eller Mo i Rana. Til tross for dette har folk gått på jobb og gjort en god jobb, og sykefraværet har vært holdt nede.

Likevel er det forståelig at man kan føle at HSYK ikke har bruk for oss i Mosjøen, til tross for at vi har de fleste stillinger besatt.

Arbeidsbelastningen på de øvrige lokasjoner kan vi ikke uttale oss om, men vi registrerer at innleie via firma fortsatt forekommer på andre lokasjoner til tross for særavtaler med høyere lønn og særavtaler for pendlere som ikke er tilbudt på alle lokasjoner.

Det er store sprekker i grunnmuren på det som angivelig skal stå fram som ett sykehus på flere lokasjoner når betingelsene er forskjellige på ellers sammenlignbare avdelinger og når stillinger som blir ledige i Mosjøen ikke blir erstattet til tross for at vi ikke får et endelig vedtak om framtidig funksjonsfordeling før tidligst i slutten av februar 2025. Dette er for mange belastende og frustrerende.

4 Forsvarlig bruk av bygg og utstyr ved Helgelandssykehuset

I 2013 startet HSYK et prosjekt som var ment å ende opp med ett sykehus på Helgeland med alle de vaktbærende spesialiteter samlet på ett sted.

Det var den gang bred involvering av fagfolk fra alle spesialiteter, lokasjoner og yrkesgrupper på sykehuset. Det var da bred enighet blant de involverte fagfolk at Helgeland er modent både faglig og kommunikasjonsmessig for ett stort sykehus. Vi var alle klar over at enighet om lokalisering var urealistisk, men de fleste av oss håpet likevel på en beslutning om ett felles sykehus. Slik gikk det ikke. Så forsøkte man med to sykehus der fagmiljøene i Mosjøen og Sandnessjøen skulle samles i ett sykehus i Sandnessjøen med omegn.

Dette gikk man også bort fra. Så kom en ny utredning høsten 2023 som også konkluderte med anbefaling om ett stort akuttsykehus, men som heller ikke lot seg gjennomføre.

Nå står man med et vedtak om to akuttsykehus på to lokasjoner og nedskalering av aktiviteten i Mosjøen, uten planer om nybygg noen av stedene. Eksisterende lokaler og bygg skal brukes, og fagpersonell som er generell mangelvare i Nord Norge, skal helst beholdes. Bygningsmassen i Mosjøen er etter forholdene i god stand, og med velfungerende personale og de fleste stillinger besatt er det vår klare mening at mest mulig av kompetansen i Mosjøen bør beholdes i henhold til de innspill vi har kommet med i punktene ovenfor. Utstyret vi bruker i dag er også bra og så lenge man ikke får midler til å bygge nytt sykehus, fra vår overfylte statskasse/oljefond med nærmest ubegrensede midler, der handlingsregelen ikke er utnyttet fullt ut, er det klokt å benytte både eksisterende personell, utstyr og bygningsmasse.

Det er i høringsnotatet ikke vedlagt noen økonomiske kalkyler for eventuelle besparelser ved de planlagte tiltak. Dette må naturligvis foreligge som nødvendig del av et beslutningsgrunnlag. Vi tror ikke det er noe å spare på de nevnte forslag, og vi tror ikke eventuelle minimale besparelser vil kompensere for det vi dessverre tror kan bli tapte leveår og mange år med redusert livskvalitet for unødig mange Helgelandspasienter om høringsforslaget går gjennom som det foreligger.

5. Økonomisk drift ved Helgelandssykehuset

Det foreligger i høringsnotatet ingen økonomiske kalkyler på hva de foreslåtte endringer vil medføre av ekstra kostnader eller besparelser.

Bygningsmessige tilpasninger er det ikke lagt fram forventede kostnader for.

Hvorvidt endringene vil medføre tap av fagfolk og kostnader relatert til dette, er heller ikke beregnet.

Funksjonsendringer som ikke vil fungere som forventet og som vil gi tap av tilgang på pasienter og tap av omdømme for HSYK er heller ikke økonomisk vurdert.

De prehospital kostnadene og ekstra pasientreisekostnader er det heller ikke lagt fram noe regnskap for.

Vi stiller oss sterkt tvilende til om det i det hele tatt er økonomiske besparelser å forvente om foreslåtte endringer blir vedtatt gjennomført.

6. Til slutt oppsummert, noen innspill.

- opprettholdelse av en felles døgnpost for medisinske og kirurgiske pasienter med fokus på rehabilitering, palliasjon, onkologi, nevrologi og kirurgiske opererte pasienter med kort liggetid innenfor urologi, plastikkirurgi og generell kirurgi.
- opprettholdelse av våre Helgelandfunksjoner i nevrologi, hudsykdommer og øyesykdommer
- Opprettholdelse av dagens polikliniske og dagkirurgiske tilbud innen urologi, plastikkirurgi, generell kirurgi inklusiv vår virksomhet med moderne behandling av varicer og venøs insuffisiens og videreutvikle det ortopediske dagkirurgiske tilbudet i Mosjøen i samarbeid med ortopedisk fagmiljø i Mo i Rana.
- lage tilpassede utdanningsløp der Lis 1/2/3 kan få deler av sin utdanning i Mosjøen for å utnytte kompetansen der mest mulig.
- lage et tilpasset øyeblikkelig hjelp tilbud for medisinske og kirurgiske pasienter på dagtid med eksempelvis åpningstid 0800 – 2000 mandag til fredag som kan ta ned noe av transportbehovet som ellers vil påføre prehospital klinikk svært stor oppgradering av personell og utstyr og som kan spare mange pasienter for unødige lange reiser til øvrige lokasjoner.
- døgnbemannet CT i Mosjøen

-utnytte det radiologiske fagmiljøet og bioingeniør fagmiljøet på laboratoriet på en mest mulig hensiktsmessig måte.

Vi tror de ovenstående innspill kan gi fortsatt stabilisering av store deler av fagmiljøet. De kan også bidra til at HSYK Mosjøen fortsatt blir en attraktiv arbeidsplass for alle typer fagpersonell som kan tenke seg å jobbe med redusert vaktbelastning med fokus på effektiv faglig god drift på dagtid og med en begrenset men viktig øyeblikkelig hjelp funksjon på dagtid.

Vi ser imidlertid ingen bedring i kvaliteten på tilbudet til Helgelands befolkning med det gjeldende høringsforslag. Vi har heller ikke sett noen kalkyler på økonomiske besparelser med aktuelt forslag.

Om ikke det er noe å hente på verken kvalitet eller økonomi ser vi ingen mening i så store endringer. Da vil det være bedre å utsette det hele til også Helgeland får tilført midler til å bygge ett nytt felles sykehus for hele Helgeland. Først da kan vi snakke om ett sykehus på Helgeland.

Med hilsen kirurgiske leger, Helgelandssykehuset Mosjøen.

Gunnleiv Birkeland , enhetsleder kir.leger, spesialist generell kirurgi.

Medisinsfaglig rådgiver kirurgisk klinikk, HSYK

Kristian Grane, assisterende enhetsleder kir leger, konstituert overlege generell kirurgi

Ramona Nofal , Fagansvarlig/Seksjonsoverlege urologi, spesialist i urologi

Ole Arvid Østerud, fagansvarlig/seksjonsoverlege plastikkirurgi, spesialist i plastikkirurgi

Hanne Hoff Hansen, konstituert overlege urologi

Vilde Finne, Lis 2 generell kirurgi

Mie Marie Simonsen Almannkaas, Lis 2 generell kirurgi/urologi

Natalie Kjølner Lis 2, generell kirurgi/urologi

Rebecca Vik Becker, Lis 2 generell kirurgi/urologi

Mona Johansen, lederstøtte/konsulent, kir.leger

Miran Faraj , Lis 1

Julian Acheampong, Lis 1

Tonje Jargren Blomberg, Lis 1

Kesi Narayanapillai, Lis 1
Halkawt Jafer Khidir, Lis 1