

Høringsinnspill: Forsvarlig drift ved Helgelandssykehuset

Jamfør mandat 3.3.

Innspillet kommer fra: Legene ved kirurgisk klinikk, Mo i Rana

Dato: 05.12.24

Innsending til: postmottak@helgelandssykehuset.no

Innledning

Det kirurgiske fagmiljøet i Rana har gjennom hele prosessen bidratt med betydelige ressurser og faglige innspill for å fremme en strategi som sikrer bærekraftige helsetjenester på Helgeland. Det er beklagelig at våre forslag, sammen med innspill fra fagmiljøet i Mosjøen, i liten grad er reflektert i høringsbrevet. Forslaget fremstår basert på en utdatert faglig strategisk utviklingsplan, forankret i et tidligere politisk vedtak som har vist seg urealistisk å gjennomføre.

Vi uttrykker bekymring for at de foreslåtte endringene ikke tar høyde for de demografiske rekrutteringsmessige utfordringene i Sandnessjøen. Byen mangler befolkningsgrunnlaget som trengs for å sikre nødvendig rekruttering og opprettholde dagens tjenestetilbud, langt mindre for å håndtere en ytterligere aktivitetsøkning.

I det videre følger vi strukturen i hørings skjemaet og redegjør for våre betraktninger. Til slutt vil vi presentere en samlet betraktning av hvordan en bærekraftig løsning kan oppnås.

1. Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient

Hvordan vurderes kvaliteten på behandlingen av pasientene ved forslaget?

Innspill: Forsvarlig behandlingskvalitet er avhengig av mange faktorer. Tilgang til kompetent fast ansatt personell, egnet bygningsmasse og moderne utstyr og ikke minst bærekraftig økonomi som tillater finansiering av nevnte. Tilgang til kompetent personell, organisert i robuste fagmiljøer, er avgjørende for å opprettholde kvaliteten på behandlingstilbudet. Vi støtter en videreføring av det generelle kirurgiske fagmiljøet i Sandnessjøen, men flytting av urologiske dag- og døgnfunksjoner til Sandnessjøen vurderes som risikofylt, både fordi kompetansen finnes i Mosjøen i dag, og at Sandnessjøen mangler nødvendig kompetanse til å opprettholde tilbudet. En vesentlig økning i arbeidsmengde uten tilgjengelig støttepersonell tilfredsstillende ikke kravet om bærekraftig og fremtidsrettet drift, og kan overbelaste ressursene og true kvaliteten på behandlingen i regionen. Det risikeres også at urologisk funksjon forsvinner fra regionen på sikt. For å bevare akuttkirurgisk kompetanse på små sykehus som Sandnessjøen kan man opprettholde et stabilt volum av grunnleggende kirurgiske inngrep som brokk, appendektomier og galleblæreinngrep samt etablere rotasjonsordninger med større sykehus, tilby kombinasjonsstillinger, simulering og økt deltagelse på praktiske kurs.

Dagkirurgiske prosedyrer i Mosjøen må integreres i den overordnede funksjonsfordelingen, der Mo i Rana fungerer som hovedsenter for døgnkirurgiske inngrep. Kirurgisk klinikk har

tidligere støttet økt ortopedisk dagkirurgisk aktivitet i Mosjøen for å frigjøre operasjonskapasitet og sikre økt døgnekirurgisk aktivitet innen flere fagområder i Mo i Rana. Forslaget til høring legger imidlertid ikke til rette for en slik utvikling, men heller en redusert kirurgisk aktivitet ved enheten.

Det foreslås å styrke enheten med overføring av døgnpasienter fra Mosjøen, tilsvarende i gjennomsnitt 33 årlige liggedøgn – under én prosent av ortopediske liggedøgn. Samtidig legges det opp til å flytte ytterligere dagkirurgisk aktivitet til Mosjøen. Dersom døgnfunksjoner ikke legges til Mo i Rana, vil det riktignok være kapasitet til å opprettholde ortopedisk dagkirurgi. Uten en parallell økning av døgnekirurgisk aktivitet i Mo i Rana risikeres redusert drift, ineffektiv ressursbruk og kompetansetap, noe som over tid vil svekke behandlingskvaliteten for kirurgiske pasienter.

Ortopedi er et tydelig eksempel på hvordan et sterkt fagmiljø lokalisert i Mo i Rana har styrket helsetjenestene for hele Helgeland. Ved å bygge opp en sterk ortopedisk base i Mo i Rana kan man sikre høy kvalitet for alle pasienter, samtidig som kompetansen og kapasiteten gjør det mulig å tilby tjenester på flere lokalisasjoner. Denne modellen sikrer at befolkningen får bedre tilgang på høykvalitets ortopediske tjenester nær hjemstedet, samtidig som fagmiljøet i Mo i Rana fungerer som en sentral ressurs for regionen.

Den samme modellen burde overføres til andre spesialiteter, som gastrokirurgi. Det kirurgiske fagmiljøet er avhengig av et sterkt fagmiljø i Mo i Rana som kan bidra med videreutvikling av det generellkirurgiske tilbudet i Sandnessjøen. Med Mo i Rana som regionalt kompetansesenter kan man samle avanserte prosedyrer og spesialkompetanse, noe som styrker kvaliteten på helsetjenestene for hele Helgeland. Dessverre mangler i høringsnotatet en strategisk plan for videre utvikling av det kirurgiske fagmiljøet i Mo i Rana, som behandler pasienter med tarmkreft fra Helgeland og større brokk fra hele Helse Nord. For å sikre kvalitet og bærekraft i tjenestene må fagmiljøet styrkes med robotkirurgi og utvidet døgnekirurgisk virksomhet. Å samle avanserte kirurgiske prosedyrer i et regionalt kompetansesenter i Mo i Rana vil heve behandlingskvaliteten, redusere feilrisiko og styrke pasientsikkerheten.

En lukket psykiatrisk akuttenuhet i Mo i Rana, samlokalisert med døgnposter med tilgang til elektrokonvulsiv behandling (ECT), vil avlaste ambulanseressurser, styrke pasientsikkerheten og gi bedre tilgang til behandling innen psykisk helsevern. Videre må det sikres lokal tilrettelegging for dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling tilgjengelig for eldre og kronikere ved alle Helgelandssykehusets fire enheter. Vi støtter forslaget om et lokalt tilbud for akutt syke i Brønnøysund, men vi mener at Helgelands tredje største by har behov for flere spesialisthelsetjenestenesenger for å bedre imøtekomme befolkningens behov.

2. Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver

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

Innspill: Helgeland har utfordringer knyttet til beredskap for medisinske pasienter, spesielt i regioner med lang reisevei. Etablering av slagalarm i Mosjøen og styrking av prehospitale tjenester vil kunne kompensere for lengre avstand til sykehus for enkelte pasientgrupper. En

lukket psykiatrisk akutenhet i Mo i Rana vil redusere belastningen på prehospitalt ressurser og sikre raskere tilgang til nødvendig helsehjelp.

Både Mo i Rana og Sandnessjøen har i dag tilstrekkelig akuttkirurgisk aktivitet. I forslaget til høring fra Helgelandssykehuset vises det til at antall generellkirurgiske dag- og døgninngrep ved de to enhetene var i 2023 identisk; 646 inngrep i Mo i Rana og 658 inngrep i Sandnessjøen. Ved overflytting av akuttkirurgi fra Mosjøen til Sandnessjøen vil enheten ha et kirurgisk opptaksområde på 44,281 pasienter, langt over sammenlignbare små lokalsykehus med kirurgisk akuttfunksjon. En ytterligere sentralisering, inkludert urologi til Sandnessjøen kan medføre ineffektiv ressursbruk og utfordringer knyttet til kapasitet, med videre fare for den totale medisinske og kirurgiske beredskapen i regionen.

En organisering som inkluderer kirurgiske og gynekologiske pasienter i de foreslåtte medisinske opptaksområdene, der Vefsn sokner til Rana, vil sikre akuttkirurgisk bærekraft og et forsvarlig beredskapsnivå. Dette vil resultere i kirurgiske opptaksområder på 32,000 for Sandnessjøen og 46,000 i Mo i Rana. En slik fordeling harmonerer bedre med sykehusenes personalressurser og rekrutteringsmuligheter. Dette reduserer personalbelastningen og gir Sandnessjøen et opptaksområde som samsvarer med andre lokalsykehus med akuttkirurgisk funksjon, som Lofoten (24,000), Narvik (30,000), Stokmarknes (30,000), Kirkenes (30,000) og Harstad (35,000).

Det bemerkes at det i høringsutkastet trekkes det frem at tarmkreftkirurgien er lokalisert til Mo i Rana som et argument for å sentralisere ytterligere funksjoner, inkludert urologi, til Sandnessjøen, mens øre-nese-hals-funksjonene, som er lokalisert til Sandnessjøen, ikke nevnes tilsvarende. Det er viktig å understreke at tarmkreftkirurgi ikke er et eget fag, men en spesialisert oppgave innen gastrokirurgi. Vi forventer at selektiv argumentasjon ikke benyttes i utredning som skal sikre forsvarlig beredskap til Helgelands befolkning, og at vurderingen av urologien gjøres på nytt.

Mo i Rana har allerede vist seg som en stabil lokalisering med lav personalmangel og høy inntjeningskapasitet. Videreutvikling av forskning, teknologiske innovasjoner og utdanning i samarbeid med universitetsmiljøer bør prioriteres i regionsenteret Mo i Rana i tråd med spesialisthelsetjenestelovens §3-8 om sykehusets hovedoppgaver. Vi forventer at dette prioriteres i det videre arbeidet. Traumepasientene har ofte skader som krever ortopedisk kirurgi. Vi støtter en gjennomgang av traumeprosedyrer for å sikre rask transport til riktig behandlingssted som kan ferdigbehandle dem, som skissert i høringsdokumentet, i tråd med Nasjonal traumeplan.

3. Forsvarlig totalbelastning på personell

Arbeidsbelastningen på personellet ved Helgelandssykehuset?

Innspill: Bemanningsutfordringer er en kritisk faktor for Helgelandssykehuset. Å bemanne spesialisthelsetjenesten med tilstrekkelig antall fagpersoner med rett kompetanse vil være foretakets største utfordring i tiden fremover. En reduksjon fra tre til to tjenestesteder for døgnbaserte vaktlag gir mulighet til å skape større robusthet i fagmiljøene. Dette sikrer også mer effektiv drift, pasientbehandling og redusert behov for overtid og innleie av vikarer.

Det foreligger i forslaget til funksjons- og oppgavedeling ingen objektiv vurdering om hvor det foreligger kapasitet til å overta kirurgiske pasienter, verken i forhold til operativ, anesthesiologisk eller intensivmedisinsk kapasitet. Lokaliseringen i Mo i Rana er best rustet til å håndtere dette, med en betydelig og robust bemanningsbase innen anestesi, intensiv og operasjon og flest søkere per utdanningsstilling i foretaket. Mo i Rana har den største evnen til å utvide kapasitet, både ved bruk av allerede ressurser, og ved behov for ny-rekruttering.

Det finnes ikke et felles bo- og arbeidsmarked mellom foretakets sykehusbyer; en omfordeling av funksjoner innebærer at samtlige personalgrupper får flere oppgaver og økt arbeidsbelastning, uten en økt tilgang på personalressurser. Dette gjør det spesielt utfordrende å overføre funksjoner som urologi til Sandnessjøen. Dette kan føre til overbelastning av personellet i Sandnessjøen, som allerede har kritisk lav bemanning på grunn av svak rekrutteringsevne: under 6 årsverk for anesthesisykepleiere og under 10 årsverk for operasjon- og intensivsykepleiere, i en kommune med lav rekrutteringskraft og tilgang på kvalifisert personell. Sykehusressursene er allerede sterkt belastet med å vedlikeholde kirurgisk akuttberedskap for et opptaksområde på 42,481 innen føde, gynekologi og generell-kirurgi i tillegg til helgelandsfunksjon for øre-nese-hals. En omprioritering av driften til å også dekke de 425 dagkirurgiske og 236 døgnkirurgiske urologiske operasjonene fra Mosjøen vil trolig redusere evnen til å ivareta andre anesthesiologiske og kirurgiske funksjoner, og anses dermed ikke i tråd med Helse Nord's mest grunnleggende krav til omstillingen, nemlig å sikre bærekraft gjennom en struktur som lar seg bemanne.

Videre viser rapporten til Helsepersonellkomisjonens rapport «Tid For Handling», som påpeker at Helse og omsorgstjenesten sysselsetter 15 prosent av arbeidstakerne i Norge, og fraråder en ytterligere økning. Høringsforslaget overestimerer dette, og viser til 15 – 20%. Likevel har Sandnessjøen allerede passert anbefalt grense for bemanning og innehar den høyeste andelen i Helse Nord på 22.4%. Til sammenligning har Mosjøen 16.3% og Mo i Rana 14.6%. Den lange ventetiden innen øre-nese-hals, med 1035 ventende pasienter, understreker også en eksisterende kapasitetsutfordring i kirurgisk klinikk. Enheten i Sandnessjøen er allerede i dag overdimensjonert i forhold til sin evne til rekruttering og stabilisering. Det bør derfor prioriteres å avlaste personalet fremfor å tillegge flere oppgaver.

Funksjonsfordelingen må tilpasses den eksisterende kapasiteten og kompetansen ved sykehusene, med vekt på sykehusbyenes rekrutteringsmuligheter. I lys av sykehusbyenes rekrutteringspotensialer støtter vi bevaring av nåværende dagfunksjoner i Mosjøen. Dette bør også inkludere urologi, som innebærer flere dagkirurgiske prosedyrer med signifikant ventetid i Helse Nord. For å sikre bærekraftig bruk av sykehusbyenes rekrutteringspotensial bør det også utredes om Mosjøen kan tillegges helgelandsfunksjon for flere dagkirurgiske fag, blant annet øre-nese-hals.

4. Forsvarlig bruk av bygg og utstyr

Bruk av bygg og utstyr ved Helgelandssykehuset?

Innspill: Mandatet presiserer at foretaket må forholde seg til dagens bygningsmasse. Mo i Rana har moderne fasiliteter med stort potensial for økt utnyttelse, derav mulighet til å håndtere hele Helgeland med små investeringer. Nye operasjonsstuer, sterilsentral og utvidede behandlingsarealer gir muligheter for økt aktivitet og kostnadseffektiv drift.

Sentralisering av tjenester som krever avansert utstyr vil redusere parallelle investeringer og bidra til effektiv ressursbruk. I lys av teknologiske fremskritt, bør også robotkirurgi og avansert diagnostikk prioriteres ved lokaliseringer som kan gi best mulig ressursutnyttelse.

Det er viktig å understreke at midlertidige byggetekniske løsninger, som er foreslått for enkelte lokalisasjoner, ikke er fremtidsrettede. I denne sammenheng har fløy B i Mo i Rana blitt oversett i høringsutkastet, til tross for et betydelig potensial for utvikling. Ifølge styresak 114-20201220 har fløy B i Mo i Rana et areal på 4 360 m², med 65 enkeltrom og 12 dobbeltrom med moderne planløsning, med innvendig tilgang til sykehuset i alle etasjer. Bygget er i dag, foruten kreftpoliklinikken, ikke i bruk. Fløy B gir fleksible muligheter som kan tilpasses økt aktivitet og forbedre kostnadseffektiviteten innen den eksisterende bygningsmassen. På grunn av manglende byggetekniske vurderinger i høringsdokumentet anbefaler vi at kapasitetsanalysene gjennomgås på nytt for å unngå midlertidige løsninger.

5. Forsvarlig økonomi

Økonomisk drift ved Helgelandssykehuset?

Innspill: For å sikre økonomisk bærekraft, må driften tilpasses personelltilgangen, og ressursene må optimaliseres. Tidligere vedtak har vist seg umulige å gjennomføre. Det er viktig å sikre at ny funksjons- og oppgavefordeling legger til rette for langsiktig bærekraft og opprettholdelse av helsetilbudet for hele Helgeland.

Mo i Rana representerer en kostnadseffektiv løsning, med stabil bemanning og høy inntjeningsevne. Søkelys på rekruttering og strategisk funksjonsfordeling vil redusere behovet for kostbar innleie og bidra til stabil drift.

Fremtidige beslutninger bør bygge på oppdatert kunnskap om rekruttering, pasientflyt og infrastruktur. Den kommende storflyplassen i Mo i Rana, forbedret infrastruktur og styrket samarbeid med industrien gir regionen muligheter til å utvikle fremtidsrettede helsetjenester.

6. Fritekst

Kommentarer eller innspill

Innspill:

Lysbehandling bør også tilbys i Mo i Rana, på lik linje med alle de tre andre lokalisasjonene. Behandlingen er rimelig, ukomplisert og krever ikke tilstedeværende spesialist. For enkelte pasienter kan dette utgjøre opptil 50 årlige behandlingsreiser, og et tilbud i Mo i Rana vil redusere reisetiden betraktelig.

Samlokaliseringen av urologi og gynekologi ser ut til å bygge på antakelser om synergier som mangler faglig grunnlag. Dette er et eksempel på selektiv tilnærming som kan gi utilsiktede, negative konsekvenser for personalhåndtering og ressurskapasitet.

Det hevdes at befolkningen i Grane og Hattfjelldal, med Sandnessjøen som akutt sykehus, sparer 15 – 20 minutters kjøretid til Selfors. Dette virker som en feilberegning. Den faktiske

kjøretiden for pasienter fra Hattfjelldal er 20 minutter kortere til Mo i Rana enn til Sandnessjøen. I tillegg foreligger flere alternative veiforbindelser og pasientene slipper utfordringene knyttet til en værutsatt bru og tunell.

Oppsummering

For å sikre bærekraftig sykehusdrift på Helgeland bør funksjonsfordelingen tilpasses tilgjengelige ressurser og kompetanse. Sykehusene må tilpasses pasientenes behov, og ikke omvendt. Å flytte fagområder med formål om å styrke fagmiljøer som er plassert på steder uten tilstrekkelig rekrutteringsgrunnlag er feil og potensielt farlig. For å styrke det kirurgiske tilbudet i Sandnessjøen må det etableres en bærekraftig struktur som sikrer stabil bemanning. Dette krever en omorganisering der enkelte funksjoner flyttes til Mosjøen, Brønnøysund og Mo i Rana. Målet bør være å redusere andelen sysselsatte i helsevesenet til rundt 20 %, selv om dette ligger over de nasjonale anbefalingene. Helgelandssykehuset er avhengig av å videreutvikle det gastrokirurgiske tilbudet i Mo i Rana etter modellen for ortopedi, som per i dag er en av de sterkeste og mest renommerte fagmiljøene i Helse Nord, og fysisk til stede på alle lokalisasjoner på Helgeland. Mo i Rana, med sin robuste bemanningsbase og tilgjengelige arealer innenfor opprinnelige bygningsmasser, kan fungere som et regionalt kompetansesenter for avansert døgnekirurgi, inkludert robotkirurgi, større brokk og tarmkreftkirurgi. Sandnessjøen kan ivareta et kirurgisk opptaksområde på 32,000 tilvarende sammenlignbare lokalsykehus, mens Mosjøen styrkes med dagkirurgiske funksjoner som bevarer lokal kompetanse og utnytter byens rekrutteringsevne. For å sikre bærekraftig økning i dagkirurgisk aktivitet i Mosjøen, må døgnekirurgisk aktivitet i Mo i Rana økes tilsvarende. Dette er avgjørende for å balansere ressursene og sikre en bærekraftig utvikling. Lokal tilrettelegging for dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling tilgjengelig for eldre og kronikere bør prioriteres ved alle fire enheter, og en døgnpost inkludert spesialisthelsetjenestesenger bør gjennomføres i Brønnøysund. Denne strukturen vil sikre bærekraftig drift, redusere belastningen på personalet og styrke pasientsikkerheten.