

Høringsinnspill: Forsvarlig drift ved Helgelandssykehuset

Jamfør mandat 3.3.

Innspillet kommer fra: Ledergruppe Kir avdeling Mosjøen:

Dato: 12/12-2024

1. Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient

Hvordan vurderes kvaliteten på behandlingen av pasientene ved forslaget?

Innspill:

Iverksettelse av struktur ihht forslag i høringsnotat av 04/11-24 vil svekke kvalitet og tilgjengelighet til befolkningen tilhørende Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Disse vil ikke få tilgang til tilsvarende spesialisthelsetjenester av samme kvalitet som dagens – dette begrunnet i avstand som for hele nedslagsfeltet blir vesentlig forlenget når nærmeste akutt sykehus skal være Rana eller Sandnessjøen. I høringsnotat er det foreslått en deling av nedslagsfelt som følge av at det ikke er funnet gjennomførbart å holde fast på opprinnelig plan der døgnaktivitet fra Mosjøen skulle til Sandnessjøen - dette med bakgrunn i kapasitet og mulighet til å rekruttere nødvendig personell. Det er forståelse for nødvendigheten av å se på annen løsning av nevnte årsaker, men i praksis betyr dette at majoriteten av det totale nedslagsfelt som i forslag skal ha Rana som tilhørende sykehus får en vesentlig lengre vei til "sitt" sykehus. I tillegg vil diagnose innvirke på om pasient skal hit/ dit.

I forslaget legges det stor vekt på egen pasient rute for trombolyselarm jfr. modellen ved DMS i Brønnøysund, et alternativ som ikke er fullgodt for å sikre rask diagnostikk og deretter behandling. Pasientsløyfe for trombolyselarm må også kunne sikre diagnostikk der det innebærer behov for trombectomi så rask som mulig.

Andre tidskrisiske hendelser/ hendelser med alvorlig skadde pasienter som pr i dag tas imot i Mosjøen for rask og fullverdig behandling eller som stabiliseres i Mosjøen før videre transport på Helgeland eller til høyere omsorgsnivå gis ikke samme oppmerksomhet. For å muliggjøre transport for alle pasienter, også de kritisk syke/ hardt skadde må det på plass kompenserende tiltak i prehospitalet klinikk. Pr i dag fins det følgetjeneste i regi av intensiv avdeling og spesialsykepleier som bistår prehospitalet klinikk for å muliggjøre disse transportene og for å ivareta medisinsk faglig forsvarlighet og kvalitet. Det kan likevel ikke unnlates å påpeke at kompetanseheving prehospitalet eller kompenserende tiltak **aldri** vil erstatte dagens somatiske akuttfunksjon.

I forslag i høringsnotat skal størsteparten av pasientene ha Rana som tilhørende sykehus. Det må rettes særskilt oppmerksomhet mot transport av rødt triagerte, ustabile pasienter. Med stor sannsynlighet vil prehospitalet klinikk ønske avlevering av for eksempel ustabil pasient på nærmeste lokasjon. Dette kan igjen medføre at

Sandnessjøen får en større andel pasienter totalt sett enn forespeilet i forslag og en større andel rødt triagerte pasienter enn hva man ser for seg i forslag knyttet til størrelse på nedslagsfelt. Hvis så skulle bli praksis – avleveres ustabile pasienter på en lokasjon der det ikke er risikovurdert om kapasitet er tilstrekkelig.

I styresak 17/2022 angående tarmkreftkirurgi der tarmkreftkirurgien ble besluttet lagt til Rana er det vist til at forskjell i intensivkapasitet utgjør "gapet" i robusthet med tanke på tilgjengelig spesialsykepleiere. "det betyr at intensivkapasiteten raskt kan bli overskredet" (fra styresaken). I antall og omfang utgjør antall postoperative tarmkreftpasienter som krever intensivbehandling et veldig lavt antall i gjennomsnitt/ år. I samme styresak var det anslått at Sandnessjøen måtte rekruttere/ utdanne 10 intensivsykepleiere for å oppnå tilsvarende robusthet. Oss bekjent er det omtrent tilsvarende intensivkapasitet i dag som da styresak ble behandlet.

Intensiv/ akuttmottak

Felles intensiv og akuttmottak i Mosjøen er en unik avdeling, unik grunnet sin oppbygging og organisering som gir kvalitet til pasientene av ypperste kvalitet. Dette fordi avdelingen til enhver tid har spesialsykepleier tilgjengelig på vakt som igjen sikrer tilgjengelig spesialsykepleier i mottak av den kritisk syke og uavklarte pasient. Sykepleierne tilhørende denne avdeling får også en bred kompetanse på mer enn mottak fordi de jobber tett opp mot intensivsykepleierne og intensivpasienten. Dette gir en pasientbehandling av høyeste kvalitet. Avdelingens arealmessige utforming muliggjør en unik oversikt til enhver tid, men også et effektivt samarbeid mellom ulike yrkesgrupper til beste for pasientene som får rask avklaring og behandling. Grunnet organisering finnes en høy kompetanse tilgjengelig i front. Nedleggelse av denne avdeling vil ha konsekvenser for pasientene i Vefsn, Grane og Hattfjelldal som får lengre avstand til nærmeste sykehus.

Urologi

Det gjentas følgende i høringsnotat: *"Helgelandssykehuset ønsker ikke å miste en eneste fagperson", og det skrives innledningsvis: "ved flytting av funksjoner er risikoen for å miste kritisk fagmiljø eller bryte viktige faglige relasjoner og avhengigheter vurdert og forsøkt hensyntatt".*

Til tross for dette er det i høringsnotat foreslått å flytte mer aktivitet enn hva som er ihht. vedtaket av 4 juli. I vedtak står følgende: *"funksjons- og oppgavedeling ut over somatiske akutfunksjoner, inkludert tilbudene ved lokalisasjonene i Mosjøen og DMS i Brønnøysund, besluttes av Helse Nord RHF i samarbeid med Helgelandssykehuset HF".* *Altså ikke lenger knyttet opp mot kun poliklinisk drift.*

Basert på gjeldende vedtak kan elektiv urologi som krever overnatting videreføres i MSJ som i dag.

Da Mosjøen i år 2007 fikk Helgelandsfunksjon i plastikk kirurgi og urologi var begrunnelsen for fordelingen at 90% av pasientene innenfor disse områdene var polikliniske eller dag kirurgiske. Urologisk virksomhet er godt etablert i Mosjøen med fastboende urologer. Dette fagmiljø er godt etablert og utviklet over mange år, dette gjelder urologer og annet personell som deltar i behandling.

Det foreslås i notat at urologien trinnvis skal flyttes fra Mosjøen til Sandnessjøen, mye begrunnet i at dette er nødvendig for å sikre økt volum av kirurgiske pasienter for å sikre tilstrekkelig volum innenfor kirurgi i Sandnessjøen. Urologi vil ikke bidra til å sikre tilstrekkelig volum innenfor generell kirurgi da disse skal opereres av urologer. Urologi vil derfor ikke være kompenserende tiltak for å sikre tilstrekkelig volum av pasienter innenfor generell kirurgi.

I høringsnotat kan vi lese følgende: " det skal vies særlig oppmerksomhet for å sikre det kirurgiske tilbudet og beredskap i Sandnessjøen på lang sikt. Dette begrunnet i fordeling av ortopedi og tarmkreft kirurgi til Rana." Et elektivt basisrepertoar beskrives av Norsk kirurgisk forening som traumatologi, brokk, galle og tarm. Antall dag/døgn innen generell kirurgi er relativt likt mellom Rana og Sandnessjøen i 2023. Gastroenterologisk kirurgi anses som selve grunnlaget for å opparbeide akutt kirurgisk kompetanse og treningsnivå, særlig innen traumatologi.

Det vises til at det i fremtidens sykehus er behov for breddekompetanse gjennom større satsing på generell kirurgi. Det skrives videre: " selv om det er vanskelig å etablere et optimalt elektivt repertoar i Sandnessjøen vurderes det som viktig å bygge et sterkest mulig kirurgisk miljø med bredde i den kirurgiske virksomheten. Oppsummert er urologien forslått overflyttet til Sandnessjøen som kompenserende tiltak. Dette til tross for at det ikke vil være et kompenserende tiltak innenfor de områdene det er behov for å sikre økt volum. Det oppleves at det er vilje til å tåle risikoen for et tap av den urologiske virksomheten som er bygd opp i Mosjøen over tiår til tross for at det ikke er tilstrekkelig eller nyttig som kompenserende tiltak for Sandnessjøen. Ved realisering av dette vil det gå utover kvaliteten på den tjenesten vi pr i dag tilbyr innenfor urologi, men også raskt innen flere fagområder. Den trinnvise foreslåtte overføringen er en stor risiko, og en reell risiko for at tilbudet forsvinner ut av Helgeland.

Beregninger for omfanget av personell som trengs for å ivareta overført heldøgn kirurgi i Sandnessjøen er begrenset til et minimum innenfor avdelingen operasjon/ anestesi. Men dette er områder hvor det over år har vært svært krevende å rekruttere. En trinnvis overføring vil med stor sannsynlighet bidra til at hele den dagkirurgiske virksomheten som er bygd opp i Mosjøen over år kollapser. Dette vil bety behov for et betydelig større antall ressurser innenfor avdelingen operasjon/ anestesi i Sandnessjøen noe som ikke vil være realiserbart basert på dagens erfaring knyttet til nyrekruttering. Det vil også medføre utfordringer for lokasjon Rana som planlegger å operere økt andel ortopediske dagkirurgiske pasienter i Mosjøen for å opprettholde kontroll på ventelister og å videreføre det gode arbeidet som er gjort innenfor protese kirurgi. Dette har Rana fått stor oppmerksomhet for.

Et velfungerende fagtilbud foreslås flyttet til fordel for økt volum på en annen lokalisasjon med fare for at hele tilbudet faller bort. Å endre pasientstrømmer tar årevis, dette vil også gjelde etablering av nye pasientstrømmer som her foreslått for urologiske pasienter.

Det viktigste tilbudet innenfor pakkeforløp destrueres med dette forslag og forslaget går i hovedsak ut over pasienter i tillegg til at vi mister vanskelig rekruterbart fagpersonell.

Ved å videreføre den urologiske virksomheten i Mosjøen som i dag, enten som en døgnpost i samarbeid med medisinsk klinikk og senger innenfor palliasjon og

rehabilitering eventuelt som en femdagerspost vil det bidra til at funksjons og oppgavefordelingen løses på en måte som sikrer fremtidig bærekraft. Dette vil igjen være positivt for akuttsykehusene. Ved felles sengepost eller dag kirurgisk 5 dagers post kan all plastikk kirurgi videreføres som i dag og det sikres at disse ivaretas på Helgeland med tilhørende økonomisk inntjening. Hudpoliklinikken er foreslått videreført i Mosjøen og plastikk kirurgi er en faglig avhengighet til hud poliklinikken. Ø-hjelp urologi kan håndteres av akuttsykehusene i samarbeid med generell kirurgisk beredskapsordning

Med en slik organisering kan Helgelandssykehuset lykkes i sitt ønske om å ikke miste ansatte, men det forutsetter at det legges til rette for at det fins arbeidsoppgaver som oppleves interessante. På den måten gis Mosjøen mulighet til å stabilisere og å ny-rekruttere i fremtiden.

Viser til høringsuttalelse fra prostatakreftforeningen og brukerne.

Utover dette vises det til høringsuttalelse fra kirurgiske leger.

2. Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver

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

Innspill:

Det er pr nå ikke mulig å vurdere beredskapsnivå og forsvarlighet da det ikke foreligger plan vedlagt høringsnotat for kompenserende tiltak og styrking av kompetanse i prehospitaletjeneste når in hospital akutfunksjon bortfaller. Her mangler også den tilhørende økonomiske beregning. Beredskap på Helgeland svekkes i vesentlig grad med foreslåtte høringsnotat.

3. Forsvarlig totalbelastning på personell

Arbeidsbelastningen på personellet ved Helgelandssykehuset?

Innspill:

Den største belastningen på personell i Mosjøen er prosessen, og usikkerheten om nedleggelse som de ansatte har forholdt seg til over mange år.

Ut over det vurderes ingen fare for at totalbelastning på personell i Mosjøen blir for stor. Dette er under forutsetning av at gjenværende tilbud blir av en slik karakter at ansatte finner det attraktivt å fortsatt jobbe her, men også slik at det sikres nyrekruttering ved behov. Ansatte i Mosjøen har stått i prosess over mange år, og kommet på jobb med fokus på pasient og fag til tross for en usikker tid.

Mo I Rana og Sandnessjøen må uttale seg om egne kapasiteter. Men ved økt aktivitet vet vi at det trengs tilført mer personell, og for å oppnå dette er det en forutsetning at det fins evne til å rekruttere slik at forsvarlig kvalitet til pasientene kan gis. Vi vet at Rana eksempelvis har en høyere andel intensivsykepleiere på intensiv avdeling enn resten av Helgeland og derfor ikke er avhengig av å rekruttere intensivsykepleiere for å ivareta den overførte aktiviteten fra nedslagsfelt Vefsn – her vil det kunne være tilstrekkelig å rekruttere sykepleiere. Avstand fra Mosjøen til Rana kan gi lokalisasjon Sandnessjøen en større andel rødt triagerte pasienter enn hva som er først anslått. Dette må det rettes oppmerksomhet mot slik at vi unngår å dimensjonere opp på en annen plass enn hvor pasienter rutes.

4 og 5. Forsvarlig bruk av bygg og utstyr og forsvarlig økonomi

Økonomisk drift ved Helgelandssykehuset?

Bruk av bygg og utstyr ved Helgelandssykehuset?

Innspill areal, bygg og økonomi:

I gjeldende vedtak forutsettes det at eksisterende bygningsmasse skal benyttes. Bygg i Mosjøen har beste bygningstekniske grad i Helgelandssykehuset for en vesentlig del av de totale arealene. Arealer her bør derfor benyttes til bredest mulig spesialisthelsetjenestetilbud i henhold til vedtak. Vesentlig for økonomi er også det å sikre bærekraft ved at overflytting av aktivitet til de foreslåtte akuttsykehusene ikke medfører et betydelig investeringsbehov i arealer nå eller i nær fremtid.

Pr dags dato foreligger det ingen økonomiske beregninger som kan legges til grunn for å kommentere noe ang økonomi. I høringsnotat er det en vesentlig forutsetning å sikre bærekraft i fremtiden, herunder også økonomisk. En forutsetning for å oppnå dette vil være å beholde eksisterende personell ved å sikre interessante spesialisthelsetjenestetilbud på alle lokasjoner. Det vil også være avgjørende for økonomi å kunne ivareta dagens drift innenfor eksisterende bygningsmasse. Siterer vedlegg vist til i punkt 5 i høringsnotat

“Funksjons- og oppgavefordelingen skal løses innenfor de rammene som dagens bygningsmasse, økonomi og bemanningssituasjon setter”.

For å gjøre reelle økonomiske beregninger må det tas utgangspunkt i dagens situasjon og de ulike utfordringer som fins i forhold til bygg, personell og evne til rekruttering.

Vi ønsker å utfordre Helse Nord og Helgelandssykehuset på nytenking, på å se muligheter og ikke begrensninger. Her fins en unik mulighet til å etablere et elektivt senter i Mosjøen. Dette er nytenking og forslag til løsninger som vil være svært driftseffektiv og økonomisk gunstig. I Helgelandssykehuset har vi over lengre tid jobbet med tiltak for å sikre økonomisk bærekraft der de fleste tiltak ikke gir forventet effekt. Det er etablert en forventning om at endring i struktur og nedleggelse av somatisk akutt tilbud i Mosjøen skal gi oss økonomisk bærekraft. Det alene vil ikke være tilstrekkelig. For å oppnå bærekraft forutsetter det nytenkning.

6. Fritekst

Kommentarer eller innspill

Innspill:

Det foreligger ingen påvist bedring i kvalitet ved effektivering av struktur ihht. forslag i høringsnotat, og det foreligger ingen påvist bedring i økonomi.

Hvorfor skal da tilbudet til pasienter i Vefsn, Grane og Hattfjelldal svekkes? Hvorfor ikke oppretthold dagens tilbud og avvente løsning med ett stort akuttstusykehus? Lengre reisevei kan aksepteres hvis tilbud blir bedre, hvis flere spesialiteter og flere fagmiljøer samles under ett.

Ledergruppen Kir. Avdeling Mosjøen

Avdelingsleder Merete Aufles

Enhetsleder kirurgiske leger, medisinsk faglig rådgiver Gunnleiv Birkeland

Enhetsleder kirurgisk 5 dagers post med poliklinikker Marit Langmo

Enhetsleder anestesi/operasjon Mathis U Ludviksen

Konstituert Enhetsleder intensiv/akuttmottak Marte C H Monsen