

Protokolltilførsel drøftingsmøte angående kreftkirurgien :

Jeg som HTV i NSF og mine medlemmer i enhet Sandnessjøen er sterkt uenige i innstillingen fra AD og Medisinsk direktør angående kreftkirurgisaken til styret i HSYK. Dette begrunner vi i første omgang med at avd. Sandnessjøen er bestemt som Hovedsykehus. I det videre vil jeg utdype begrunnelsen nærmere.

HSYK Sandnessjøen har i dag kapasitet til å gjennomføre alle planlagte inngrep innenfor tarmkreftkirurgi.

I innstillingen er det trukket fram differansen mellom antall intensivsykepleiere som en avgjørende faktor for lokaliseringen av tarmkreftkirurgien til HSYK Mo i Rana. Det er riktig at HSYK Mo i Rana har et høyere antall spesialsykepleiere. Ved enhet Sandnessjøen har vi en bemanning som er tilpasset de ressurser vi har fått tildelt av foretaksledelsen ut fra dagens funksjonsfordeling, og vi oppfyller kravene som er satt til spesialsykepleiere ved en intensivavdeling.

I utkastet til styresak er det vektlagt robustheten til intensivavdelingen som en viktig faktor i saken. Det er ikke tatt stilling til robusthetskravet innenfor det kirurgiske fagmiljøet mellom de to ulike sykehusene, og framstår som en svakhet ved saksframleggingen.

De sykeste pasientene, som har størst risiko for å trenge intensivopphold, skal ikke opereres i vårt foretak. Med 40 operasjoner vil man estimere 2-4 intensivopphold per år i en uselektert pasientgruppe med både akutte og planlagte operasjoner. Med seleksjon vil det reelle tallet være lavere. Dette er uansett et volum som ikke vil påvirke intensivavdelingens robusthet, og vil ikke gi samtidighetskonflikter i en intensivavdeling.

- Den aksepterte normen for antall spesialsykepleiere/antall sykepleiere på intensivavdelinger for sykehus med < 100 senger er > 0,5. Begge sykehusene oppfyller dette kravet i nå-situasjon.

- Administrasjonen har påpekt forskjellen mellom antall spesialsykepleiere på de to 2 ulike enhetene. Det foreligger ingen vurderinger om hvordan de 2 intensivene er dimensjonert i forhold til funksjonsfordeling og drift. Det er ikke sagt noe om hvordan antall spesialsykepleiere fordeler seg forhold til antall intensivopphold, antall intensivdøgn eller antall respiratordøgn.

Administrerende direktør trekker i tillegg frem at enhet Sandnessjøen må ruste seg opp til å ta over virksomheten fra HSYK Mosjøen i framtiden. Vi har gjort en kartlegging over hvor mange intensivopphold den kirurgiske aktiviteten ved HSYK Mosjøen har utløst i løpet av det siste året. Det er svært få. Dersom foretaksledelsen er bekymret for intensivaktivitet denne kirurgien forventes å generere, oppfordrer vi foretaksledelsen til å fremskaffe tallgrunnlaget. Da vil man se at det ikke er relevant for lokaliseringen av tarmkreftkirurgien.

- Vi trenger et sterkt fagmiljø i framtidens Hoved sykehus. Bløtdelskirurgien er ikke et enkeltstående fagområde, men vil være avgjørende for å danne grunnlaget for en tverrfaglig virksomhet mellom kirurgi og medisin. Faget er nært knyttet opp til andre fagområder, spesielt urologi og gynekologi. Å være et hoved sykehus med god rekrutteringsevne krever mer enn de foreslåtte kompensierende tiltak.

Vi mener at ledelsen i HSYK fjerner et viktig faglig tyngdepunkt for Hoved sykehuset dersom man plasserer tykktarmkreftkirurgien på Mo i Rana. Dette vil bli den mest avanserte bløtdelskirurgien i Helgelandssykehuset.

Lokaliseringen av tarmkreftkirurgien vil være et viktig strategisk valg for framtidens HSYK. Vi mener at innstillingen fra administrerende direktør om å lokalisere tarmkreftkirurgien til HSYK Mo i Rana undergraver vedtaket om at hoved sykehuset skal være i Sandnessjøen.

Vennlig hilsen

Rune Mathisen

HTV NSF, Helgelandssykehuset avd. Sandnessjøen

Innspill fra NSF medlemmene i Mosjøen til Kreftkirurgi saken blir som følgende:

Ut fra et ståsted på sidelinjen i forhold til de lokalisasjonene som nå « kniver » om disse funksjonene, mener vi å kunne forholde oss helt partisk med pasienten i denne saken, og vi mener å lese argumentene med en bred dekning av nøytralitet.

Ut fra siste utkast til drøftingsmaterialet legges det stor vekt på antall intensivsykepleiere på vakt til enhver tid, som i Sandnessjøen er mindre enn på Mo. Dette blir det avgjørende poeng i robustheten til å dekke disse 40 operasjonene som gjennomføres på Helgeland.

Nå er ikke dette i utgangspunktet pasienter som skal kreve intensivsenger, disse pasientene skal selekteres ut fra ERAS og ASA og de man mistenker kan bli intensivpasient skal opereres på større enhet.

Vi ser derfor ikke hvordan dette kan bli det avgjørende argument for hvorfor ikke disse pasientene skal opereres på hoved sykehuset og det sykehuset som i fremtiden også skal ha urologi funksjonen som ifølge nasjonal standard er et krav i henhold til utførelsen av slike operasjoner.

Vi stiller også spørsmål ved at det ikke er mer fokus på antall gastrokirurger som ut fra tilsendt materiale er mer robust i Sandnessjøen. Vi mener dette må vektlegges mer enn antall spesialsykepleiere.

Det hjelper ikke å argumentere ut fra art man ser for seg at det i fremtiden vil være flere kirurger på Mo, men når det er snakk om sykepleiere bruker dagens situasjon. Her må man argumentere likt.

Vi i NSF Mosjøen er av den oppfatning at disse få pasientene burde vært operert på høyere nivå enn lokalsykehus. Kreftkirurgi er kompliserte operasjoner, og det vil kreves en tett oppfølging av høyere nivå det samme en hva lokalsykehuset kan ivareta. Det være seg stråling eller plan for kjemoterapi.

Dette mener vi også da det på høyere nivå som i Bodø og ved UNN er nok sykepleiere og kirurger under samme tak. Det er p.t under utarbeidelse ny kreftplan og vi vet enda ikke hva den vil komme med av føringer som kan få konsekvenser innen kort tid for disse pasientene. Vi mener derfor at Tykktarmkrefts operasjoner bør derfor disse pasientene ikke opereres på Helgeland, men utføres ved større sykehus. Vi på Helgeland kan med fordel ta andre typer operasjoner fra Bodø, som vi har kapasitet til å utføre både kirurgimessig og ut fra kapasitet på intensivsykepleiere.

Tarmkreftoperasjoner bør derfor utføres på høyere nivå en Lokalsykehus.

På vegne av NSF medlemmer ved sykehuset i Mosjøen.

Hanne Marthe Drevvatn

HTV.NSF Mosjøen

Tilbakeføring av Tarmkreftkirurgiske inngrep i HSYK:

Tarmkreftkirurgi i HSYK bør legges til enheten Rana. Dette fordi vi har mange års erfaring og gode resultat i forhold til kvalitet, innhold og overlevelse ved denne enheten.

Tidligere da tarmkreftkirurgiske inngrep ble utført i Rana, møtte pasientene kvalifisert personell som hadde lang og bred erfaring i dette arbeidet, både i det pre-per- og postoperative forløpet ved tarmkreftkirurgi. Pasientsikkerheten var i fokus, og kvalitet og innhold var ivaretatt. Dette fra akuttmottak, via kirurgisk sengepost, videre til operasjon/anestesiavdelingen, deretter intensivavdelingen, før pasienten etter hvert kom tilbake til kirurgisk sengepost der også ergoterapeuter, fysioterapeuter, ernæringsterapeuter og eventuelt annet fagpersonell bisto pasienten.

Ved enheten Rana var og er man i dag ikke avhengig av vikarer for å operere disse pasientene. I hele behandlingsskjeden er det fast ansatt personell som er vant med disse pasientene. Dette gjelder både helsefagarbeidere, sykepleiere, spesialsykepleiere, LIS leger anesthesi, overleger anesthesi, LIS leger kirurgi og overleger gastrokirurgi.

Operasjons-ressurser:

Ved Anestesiavdelingen er det 12 fast ansatte anesthesisykepleiere, pluss en i utdanning som er ferdig Juni 2023. Avdelingen praktiserer tilstedevakt hele døgnet.

Ved Operasjonsavdelingen er det 19 fast ansatte operasjonssykepleiere, 1 i fast engasjement når vedkommende ikke er engasjert av Det Norske Forsvaret, og 3 i utdanningsforløp, der 1 er ferdig i Juni 2022, og 2 er ferdig i Juni 2023.

Disse spesialsykepleierne var alle vant til tarmkreftkirurgiske inngrep, og er vant til å samarbeide med anestesileger og gastrokirurger i hele operasjonsforløp. Det er veldig viktig at personalet kjenner hverandre og er trygge på hverandre. Det anesthesi- og operasjonstekniske som gjelder for disse pasientene, er krevende og det er nødvendig med kompetent og erfarent personell. Pasientene har ofte et komplisert sykdomsforløp, og kan ha tilleggsdiagnoser som kan være med på å komplisere det tarmkreftkirurgiske inngrepet. ASA-klassifikasjon kan være alt fra 2 til 4 for disse pasientene.

Operasjoner av malign tarmkreft vil alltid være et komplisert og omfattende inngrep, uavhengig av eventuelle tilleggsdiagnoser og ASA-klassifikasjon. Ved malign tarmkreft, kontra benign tarmkreft, er det et mye større invasivt inngrep, gastrokirurgen må kanskje gjøre en mye større reseksjon, fjerne mer tarm, lymfeknuter, osv.

Dette innebærer at også spesialsykepleierne i tillegg til legene som jobber med disse inngrepene, må være trygge og erfarne. Det å skulle utføre slike inngrep ved hjelp av vikarer som det faste personalet ikke er kjent med og har opparbeidet trygghet og tillit til, vil kunne bli veldig krevende. Feil kan oppstå som følge av dette, og det kan gå ut over pasientsikkerheten.

I all hovedsak var det fast personell som var med under disse operasjonene. Hvis det på grunn av ferieavvikling eller av andre grunner var vikarer på jobb i avdelingen, ble disse brukt ved andre typer operasjoner. Dette fordi kontinuitet og erfaring ble vektlagt.

Dette gjør og at et eventuelt ønske om å flytte personalet i mellom enhetene i HSYK ved behov for å opprettholde tarmkreftkirurgiske inngrep ved to enheter, gjør det vanskelig å ivareta pasientsikkerheten.

Ved avdelingen er det satt i system at personalet blant annet deltar på «grisekurs» og krigskirurgikurs.

Intensiv-ressurser:

Ved Intensivavdelingen HSYK Rana er det 27 spesialsykepleiere i intensiv, pluss 8 sykepleiere uten videreutdanning. 4 er i et utdanningsforløp der 1 er ferdig i Desember 2022, og 3 er ferdige Juni 2023.

Alle de maligne tarmkreftpasientene som er igjennom en omfattende og komplisert operasjon, og som har kompliserte sykdomsforløp og høy ASA-klassifisering i utgangspunktet, er svært utsatt for å få postoperative komplikasjoner av ulik art. Det er da ekstremt viktig med kunnskap og erfaring omkring pasientens komplekse sykdomsbilde, ikke bare for å kunne gi god og nødvendig behandling HVIS komplikasjoner skulle oppstå, men også for å kunne gjøre en god postoperativ overvåking for å kunne fange opp eventuelle komplikasjoner på et så tidlig stadium som mulig, for å kunne gi en best mulig vellykket behandling.

Tarmkreftkirurgiske operasjoner er inngrep med muligheter for alvorlige komplikasjoner, og dette kan resultere i lange intensivforløp. På de fleste sykehus er det vanlig at disse pasientene er såkalte «overliggere» på intensivavdelinger med postoperativ overvåking. Skulle man være så uheldig å få postoperative komplikasjoner etter et slikt inngrep, kreves det høy kirurgisk intensivkompetanse like mye som dyktige kirurger for å gi pasientene den beste behandlingen. Disse pasientene vet vi ofte har behov for lang postoperativ liggetid, og blir de sendt for tidlig på sengepost kommer de ofte i retur til intensivavdelingen.

For å kunne ha pasientsikkerhet og kvalitet i fokus, er det nødvendig og ekstremt viktig med kvalifiserte og erfarne spesialsykepleiere på jobb døgnet rundt, også i det postoperative forløp ved intensivavdelingen. Ved intensivavdelingen Rana, er dette tatt hensyn til. Det er nok fast ansatte intensivsykepleiere, og turnusen er lagt opp etter dette, og den kirurgiske aktiviteten i tillegg til den akutte medisinske aktiviteten.

Hvis man velger å gå for en løsning der man opererer tarmkreftkirurgi vekselvis ved de to lokalisasjonene som på sikt står igjen som somatiske enheter, vil dette kunne ha flere negative konsekvenser. Jeg har allerede nevnt dette med hvor viktig det er i forhold til pasientsikkerhet at personalet i den per-operative fasen kjenner hverandre og er trygge på hverandre. Det er også viktig for pasientsikkerheten at kirurgene som opererte pasienten også kan følge dem opp postoperativt.

Ved mangel på personell ved den ene enheten vil det være vanskelig å flytte personell til den andre enheten også fordi beredskapen ved enheten reduseres der det flyttes fra. Både nasjonalt og lokalt er det blitt problematisk å rekruttere, stabilisere og beholde sykepleiere og spesialsykepleiere. Det vil ikke virke rekrutterende å skilte med en jobb på Helgeland der man

søker etter sykepleiere som blir bedt om å jobbe ved to sykehusenheter, selv om det er i samme foretak. Slik ledelsen ved Operasjon- og Anestesiavdelingen og Intensivavdelingen HSYK Rana ser det, vil det være vanskelig å redusere bemanningen ved enheten enkeltdager eller over flere dager. Ved enheten Rana er det høy kirurgisk aktivitet, både elektivt og øyeblikkelig hjelp. Ved en reduksjon av antall personell på jobb, vil man måtte redusere elektiv kirurgi for å kunne opprettholde akuttberedskapen.

Hovedtillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund og anesthesisykepleier

HSYK Rana

Marit Wisthus