

## Innspill fra FTV DNLF angående styresak 115/2019 – HSYK 2025: Anbefaling og struktur og lokalisering

DNLF fikk tilsendt både dokumentet og tillegg den 20.11.19 18:28.

FTV for overleger i DNLF sendte dokumentet til alle overleger på foretaket (etter e-post liste tilgjengelig i Helgelandssykehusets e-postsystem) samme natt og bedt om innspill. FTV og HTV i YLF og HTV blant overleger har også blitt kontaktet.

Det har kommet tilbakemeldinger fra både enkelleger, men også legegrupper. Det hentes inn råd også fra legeföreningen. Disse innslagene (se vedlegg) er grunnlaget til følgende syn og innspill til saken:

### Sammenfatning:

0.: DNLF anerkjenner stor arbeidsinnsats og engasjement i saken fra AD som grunnlag til dokumentet.

1.: DNLF ytrer seg ikke om lokalisasjon med hensyn til medlemmer på alle avdelinger. Vi understreker bare forpliktelsen til at helsetjenesten skal være pasientens tjeneste, som innebærer bl.a. god tilgjengelighet for pasienter og pårørende på hele Helgeland.

2.: DNLF er kritisk til kort tidsfrist til å sette seg inn i dokumentet av stort omfang med mange vedlegg (til tross for at vedleggene er kjent fra før). Dette medfører redusert mulighet å drøfte innhold med medlemmer.

3.: DNLF ser kritisk på at bare et forslag har blitt fremmet

4.: DNLF stiller seg kritisk til foreslått 2-sykehus-løsning med 2 DMS

5.: DNLF ønsker ett-sykehus-løsning med 2-3 DMS

Kommentar/begrunnelsen til enkelte ovennevnte punkter:

**Ad 2:** For kort tidsfrist betyr, at ev. relevante argumenter fra ansatte leger ikke kommer fram til drøfting og da heller ikke til styremøte. Selv om vedleggene til styresaken er stort sett kjent fra før burde man ha hatt bedre mulighet å gå gjennom disse i lyset av ADs forslaget om «Helgelandssykehuset 2025 - Anbefaling om struktur og lokalisering».

**Ad 3:** I utgangspunktet skulle det blitt fremmet to forslag. Vi forstår det slik at AD valgte - etter vår informasjon- på økonomisk begrunnelse kun et forslag. Likevel burde det også i minst framstilles alternativ(e) løsning(er) tydeligere for å kunne se forskjellen mellom modellene. Ville man kunne finne ev. finansieringsmuligheter/alternativer da? Hvordan fungerer finanseringen av f.eks. Finnmarkssykehuset?

**Ad 4:**

4.1 Argumenter for å skille forslagene:

Begrepet «faglig tyngde» skal ut og dermed alle vurderinger som bygge på dette begrepet. For det første er begrepet ikke definert og for det andre kan nettopp derfor ansees begrepet som diskriminerende:

**- Skal begrepet defineres etter antall fast ansatte spesialister (kun somatikk)?**

Flest i Sandnessjøen: 35

På andre plass Mo i Rana: 21

Tredje plass Mosjøen: 19

**- Skal det skilles etter fag?**

Pga arbeidsdeling som helgelandsfunksjoner og hvordan oppgavefordelingen er. F.eks Mo i Rana eneste med ortopedi, Mosjøen f.eks. eneste med urologi og plastkirurgi, Sandnessjøen eneste med blant annet barnesykdommer og ØNH m.m. Skal man skille på fagenes verdi? Det bør henvises at f.eks. kreftkirurgien i både Sandnessjøen og Mo i Rana ville vært likeverdig hvis henvisende leger hadde henvist pasienten etter tilhørende geografisk område. Dessuten har Sandnessjøen de to eneste godkjente spesialister innen spesialiteten gastroenterologisk kirurgi, som etter nasjonalt handlingsprogram er nødvendig for å utføre tarmkreftkirurgi etter gjeldende retningslinjer. Dette er dessuten nødvendig for å kunne utdanne tilsvarende spesialister.

4.2 Bæreevne med hensyn til fagpersonell:

- Pga dagens funksjonsfordeling er det stor risiko for tap av hele faggrupper, og oppbygging av nye fagmiljø kan bli krevende og tar lang tid (eksempler ortopedi, urologi). Dette gjelder ikke bare Sandnessjøen og Mo i Rana som nevnt i rapporten, men også Mosjøen som har mange funksjoner.
- Pga økt spesialisering i alle fag burde man ikke fortsette (!) å splitte fagene. Det gjør det både uattraktivt og risikofylt for slike spesialister å jobbe på Helgeland. Denne utfordringen, tett knyttet til rekrutterings spørsmålet var i utgangspunktet starten av forgjengeren til 2025-prosessen.
- Både splittet miljø og redusert tilgang til spesialister reduserer evnen til å rekruttere faglig gode LIS
- Økt vaktbelastning er også en følge av å splitte fagene
- To sykehus trenger flere fagpersonell enn en, dette øker rekrutteringsutfordringene ytterligere.

- Splitting av miljøene er ikke bærekraftig med hensyn til øket behov for interdisiplinær samarbeid, og dette gjelder ikke bare kreft, men også bl.a. gynekologi- urologi, gastrokirurgi – urologi, nevrologi – medisinske fag og mye mer.

#### 4.3.

Løsning med ett mindre akuttsykehus uten fullverdig akutfunksjon kommer i strid med faglige anbefalinger og resolusjonen fra DNLF (vedtatt av landsstyre 29.5.2015), se vedlegg.

#### 4.4

Løsning med foreslåtte fødeavdelinger kan komme i strid med faglige anbefalinger fra Norsk Gynekologisk Forening, se vedlegg.

#### 4.5.

Det er fortsatt ikke definert, hvordan funksjonsfordelingen mellom de to sykehusene skal være. Bl.a. er det ikke nevnt hvordan dagens fag som øyesykdommer, nevrologi, revmatologi, ØNH, pediatri, hud, plastikkirurgi, akuttmedisin, intensivmedisin (både voksen og barn), kardiologi, med. gastroenterologi, lungemedisin, nefrologi, geriatri, radiologi etc. inklusive eventuelle subspecialiteter skal fordeles. Heller ingen snakk om fremtidige fag.

#### 4.6 Medisinsk utstyr

- Skal begge sykehus få likeverdig utstyr? bl. a. operasjonsrobot, diagnostiske utstyr (spesielt CT, MR, utstyr til fødselsovervåking)? Hvis ikke blir det da A- og B-kvalitet angående behandling og diagnostikk?

#### 4.7

Økt risiko for pasienten hvis de må flyttes mellom sykehusene

#### **Ad 5:**

DNLF mener at fagene må samles under ett tak: Ett sentralt sykehus.

- På lik linje med bl.a. anbefalinger fra faggruppene, ressursgruppen og samfunnsanalysen
- Med dette kan man unngå de fleste ulempene nevnt i punkt 4.2 – 4.7.
- Det øker muligheten til å anskaffe medisinsk utstyr i takt med medisinsk framskritt
- Mer fleksibilitet med hensyn til framtidige faglige utvikling i medisin, f.eks. individuelt tilpasset medisin
- forbedret tverrfaglig forskningsmiljø
- utnyttelse av fagkompetanse på tvers av fagene
- øket sikkerhet for pasienten angående behandlingsløp innenfor sykehus
- kan planlegges øket fleksibilitet i bygningsmassen med hensyn til endrede utfordringer, tilpassing av rom til endret formål.

**Vedlegg:**

## **Fra legeforening:**

Vedtak av landsstyret 29.05.2015, den norske legeforening:

Akuttfunksjoner i sykehus Faglig forsvarlighet, god beredskap og trygghet for befolkningen må veie tyngst i landets sykehusstruktur. Legeforeningen mener:

- Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akuttpasienter i sykehus.
- Akuttfunksjon forutsetter døgkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.
- Sykehus må gis nødvendige ressurser til å sikre kvalitet på diagnostikk og behandling. Det må være systemer for å opprettholde og videreutvikle robuste fagmiljøer som rekrutterer godt.
- Befolkningen må sikres gode akutttilbud uavhengig av bosted. Velfungerende lokalsykehus er nødvendige i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Reisetid, geografi og værforhold er tungtveiende faktorer som krever lokalsykehus med full akuttberedskap. Enstemmig vedtatt

## **Fra gynekologisk forening:**

Takk for oversendt styresak 115/19 HS 2025. Anbefaling om struktur og lokalisering.

Vi har diskutert saken i styret i Norsk Gynekologisk Forening og følgende momenter har kommet frem:

Bruken av begrepene "liten" fødeavdeling og "stor" fødeavdeling uten at dette er nærmere definert er uklart. Vi er usikre på om styret ved Helgelandssykehuset er kjent med de krav som stilles til en fødeavdeling. Vi stiller spørsmål ved hvorvidt forslaget er i tråd med nasjonale definisjoner og anbefalinger (jamfør «Et trygt fødetilbud»).

Det stilles strenge krav til en fødeavdeling blant annet: "Det er viktig at det etableres et robust, kompetent miljø som oppebærer nødvendige faglige kvalifikasjoner samt framstår som rekrutteringsattraktivt, og at man derigjennom reduserer behovet for vikarstafetter», videre: "Fødeavdelingens behov for faglige støttefunksjoner må være sikret". Etter vår oppfatning er det forslag som foreligger lite egnet til å rekruttere spesialister, samt sikre robuste og kvalitetsmessig gode fagmiljøer.

På vegne av styret i NGF

**Nils-Halvdan Morken**

«

## **Enkeltuttalelser :**

Tas ikke inn som vedlegg pga delvis manglende tillatelse til publikasjon.

## Legegrupper:

### **Leger Mosjøen: Kirurgisk fagmiljø**

#### **Innspill fra kirurgisk fagmiljø Helgelandssykehus avd. Mosjøen til:**

Styresak 115 / 2019 Helgelandssykehuset 2015 – Anbefaling om struktur og lokalisering

Vi ønsker å uttrykke vår bekymring om den foreslåtte 2-sykehusmodellen i forhold til pasientens likeverdig behandling, faglighet og rekruttering.

Det kirurgiske fagmiljøet ved Helgelandssykehus avd. Mosjøen gir sterkt uttrykk for at det må etableres ETT sykehus i Mosjøen omegn nærmere klassifisert Holandsvika. Vefsn kommune har levert rapport om tomter som er utredet.

Begrunnelse: Denne lokalisering vil gi alle pasienter, inklusive fødende, en akseptabel reiseavstand på knutepunkt mellom de 3 byer på Helgeland, den er pålitelig ift Tøventunnel og har tog / båt / E6 tilknytning. Dermed etterkomme man kystbefolknings behov på lik måte som andre. Den vil gi færre pasienter en uakseptabel lang reisevei. For ansatte kan det etableres tilpasset kollektivtransport. Dermed kan man avkrefte miljøproblematikk. Med denne løsningen finnes ingen reelle taper og alle byer har en mulighet til å utvikle seg likevel med satsing på bærekraft i hele Helgeland.

Vi stiller oss spørrende at pendling for ansatte i ca 30-40 min har en negativ effekt for rekruttering mens man samtidig akseptere at pasienter skal reise lengre. Vi mener at hver framtidig lege må kunne selv bestemme hvordan og hvor han/hun vil bo og leve.

Fagmiljø / Rekruttering: Fagmiljøene vil bli splittet fortsatt. De synergistiske effekter ett sykehus tilbyr kan ikke utnyttes. Det gjelder å behandle pasienter gjennomgående i Helgelandssykehus med tverrfaglig kompetanse på plass, reduksjon av pasienter som må til NLSH, trygghet for pasienter og ikke minst pårørende i nærheten. Det gjelder også tverrfaglig utnyttelse av medisinteknikk.

Dagens medisin med tendens til sub-spesialiseringer krever tverrfaglig samarbeid. Kolleger som jobber som enespesialist må være fortid. En tidligere undersøkelse har vist at unge leger ønsker seg tilbake til Helgeland dersom ett stort sykehus etableres.

Innen fødselshjelp redusere man fallende fødselstallene ytterlig ved fordeling mellom 2 enheter. Gynekologer i vakt er avhengig av bemanning fra et stort sykehus. Det samme gjelder mest sannsynlig for akuttkirurgisk beredskap. Hvordan vil man rekruttere til en slik enhet med begrenset virksomhet?

Kreftkirurgi nærmere klassifisert tykktarmskreft skal kanaliseres til Mo i Rana. Vi peker på at det dreier seg om ca 40 operasjoner (rapportert 16 fra SS og 21 fra MiR) altså ca 1 op / uke. Antall vil ikke stige markant siden befolkningsgrunnlag er det samme. Dermed må man utføre elektiv kirurgi i Mo i Rana i tillegg, noen som vil komme i konflikt med avtale om elektiv kirurgi i SS. Rekruttering vil svekkes til MiR siden det er tynt is å bygge på en type kreftkirurgi der eneste gastroenterologiske kirurger er knyttet til HS avd. SS. Etablering av spesialitet akutt og mottaksmedisin krever ett sykehus som er like tilgjengelig for alle pasienter sentral på Helgeland.

Andre faglige aspekter: Å legge ned en veletablert, effektivt og velorganisert dagkirurgisk drift i HS avd. Mosjøen bare for å flytte samme virksomhet til SS er noen man kan sette spørsmåltegn på. Vi minner om at plastikk kirurgi ved HS avd. Mosjøen har utviklet seg til det største sentrum innen postbariatrisk kirurgi i Helse Nord siden 2015. Helse Nord klarer ikke å overholde ventelister uten HS avd. Mosjøen der samarbeid innen region har vokst bestandig.

Vi minner på at urologifunksjon i Mosjøen har utviklet seg i 10 år og dekker 42% av Helgelandssykehusets kreftpakkeforløpene. Denne spesialiteten dekker minst like mange akutte operasjoner som ortopedi, samt ca 3000 polikliniske urologiske konsultasjoner / år av delvis svært syke pasienter. 1/3 del av større kreftkirurgi innen urologi sendes med godt etablert samarbeid til UNN Tromsø.

Øyelege ved HS avd. Mosjøen har utført 1000 øye injeksjoner i 2018.

Disse 3 spesialiteter har vesentlig bidratt med å hente pasienter til Helgelandssykehus!

Vi minner om at et bredt fagmiljø med flere etablerte spesialiteter ligger sør for Korgfjellet.

LIS utdanning og økonomi: Med ett sykehus vil man kunne spare 20% årsverk generelt sett. 2 sykehus vil være dyrere i drift. Utdanning for LIS vil derimot være på forskjellige enheter med behov for rotasjon fortsatt. Økonomisk betraktet innebærer det faktiske kostnader for bolig og reise. Med satsing på LIS utdanning kan man hente inn flere læringsmål i ett sykehus.

Fagmiljø mener det må være mulig å bygge ett nytt sykehus i de økonomiske rammer som er gitt. Dette til fordel av tverrfaglig samarbeid i et større miljø, utnyttelse av synergistiske effekter, kvalitet, trygghet og attraktivitet både for pasienter, pårørende og LIS.

R. Nofal overlege urologi

G. Birkeland overlege generell kirurgi

Y. Timova-Dimitrova overlege øyesykdommer

O.A. Østerud overlege plastikk kirurgi

LIS 2 B. Nordland, A. Bergquist, K. Grane, H. Hansen Hoff ; LIS 1 N. Pedersen, V. Finne

## **YLF Mosjøen:**

**Fra:** Bergquist Andreas

**Sendt:** mandag 25. november 2019 16:42

**Til:** Pedersen Ingemar <Ingemar.Pedersen@Helgelandssykehuset.no>

**Emne:** SV: 2025

Hei igjen,

jeg har følgende tilbakemeldinger fra mine medlemmer i YLF:

- Vi tenker at forslaget om to sykehus er en langsom og kostbar omvei mot det uunngåelige sluttresultatet - altså ett sykehus på Helgeland, da mest sannsynlig på Mo siden sykehuset der skal være hovedsykehus i Huldass forslag. Vi ønsker fortsatt ett sykehus sør for Korgfjellet, som vil samle fagmiljøene og være mer attraktivt i et rekrutteringsperspektiv, og således også komme pasientene mer til gode. Vi syns ikke to sykehus er attraktivt.

- Med stort sykehus på Mo og "lite akutt sykehus" i Sandnessjøen (hva nå det betyr), der sistnevnte skal ha kirurgisk vakt men ikke øyeblikkelig-hjelp-kirurgi, er det fare for pasientlekkasje fra Sør-Helgeland til andre regioner, og dette bør HSYK ta innover seg. Vi har ikke råd til å miste pasienter, verken økonomisk eller faglig. Det er også uakseptabel lang reisevei for sørhelgelendingene å måtte dra til Mo for all akutt kirurgi.

- Med ett sykehus sør for Korgfjellet kan man klare seg med DMS i Br.sund og på Mo, kontra det Hulda foreslår med to sykehus og to DMS. Det er fortsatt helt i det blå hvordan man skal sikre ambulering fra hovedsykehuset på Mo til Br.sund. Det var ingen pendling dit fra Mo per 2018. Det må være enklere å sikre pendling fra ett sykehus sør for Korgfjellet til Mo og Br.sund.

Mvh Andreas

## **Leger Sandnessjøen:**

### **Medisinske leger:**

#### **«Innspill til tillitsvalgte ang:**

Styresak 115/2019 Helgelandssykehuset 2025: Anbefaling om struktur og lokalisering

På vegne av leger ved medisinske leger ved sykehuset i Sandnessjøen ønsker vi å si ifra om følgende:

AD sin modell som fremlagt i styresaken foreslår å bygge ned Sandnessjøen Sykehus til et dagkirurgisk senter med indremedisinsk avdeling. All bløtdelskirurgi skal gå til hovedsykehuset Mo i Rana. Dette er i strid med legeforeningen sin resolusjon fra 2015 samt i strid med god pasientbehandling. Pasientene våre kommer ikke inn til sykehuset ferdig utredet. De legges inn akutt grunnet et eller flere symptomer og funn, og kommunelegen legger pas inn med en mulig diagnose. For å forklare kompleksiteten ønsker vi å framstille noen scenario der vi viser hvordan pasienten blir skadelidende dersom AD sitt forslag blir stående. Ønsker først å vise til følgende vedtak fra legeforeningen sentralt:

For å forklare kompleksiteten ønsker vi å framstille noen scenario der vi viser hvordan pasienten blir skadelidende dersom AD sitt forslag blir stående.

#### **Vedtatt av landsstyret 29.05.2015, den norske legeforening:**

**Akutfunksjoner i sykehus Faglig forsvarlighet, god beredskap og trygghet for befolkningen må veie tyngst i landets sykehusstruktur.**

**Legeforeningen mener:**

- **Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akuttpasienter i sykehus.**
  - **Akutfunksjon forutsetter døgnkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.**
  - **Sykehus må gis nødvendige ressurser til å sikre kvalitet på diagnostikk og behandling. Det må være systemer for å opprettholde og videreutvikle robuste fagmiljøer som rekrutterer godt.**
  - **Befolkningen må sikres gode akutttilbud uavhengig av bosted. Velfungerende lokalsykehus er nødvendige i den akuttmedisinske behandlingkjeden. Reisetid, geografi og værforhold er tungtveiende faktorer som krever lokalsykehus med full akuttberedskap.**
- Enstemmig vedtatt**

Scenario nummer 1:

-52 år gml kvinne tar kontakt med legevakten i Mosjøen grunnet oppkast og magevondt. Legen undersøker pasienten og finner at dette trolig er omgangssyke. Pasienten har lett redusert nyrefunksjon fra før så ønskelig med innleggelse for å gi væske.

Pasienten kjøres fra Mosjøen til akuttmottaket i Sandnessjøen. Her er det nå en lege innenfor indremedisin som tar imot pasienten.

Kirurgen som har vakt er en øyelege som ikke kan noe om sykdom i mager/eller pasienten kommer inn en lørdag da det ikke er kirurg i

vakt (det er dette AD kaller akutt kirurgisk beredskap). Slik vi har det i dag vil den medisinske legen kontakte kirurgisk lege dersom magen er veldig øm, da kan de sammen vurdere om dette er en akutt buk som skal til kirurgen eller en gastroenteritt som skal ligge på medisin. I den nye modellen vil vi ikke ha denne muligheten til samarbeid for de pasientene som kommer til Sandnessjøen. Rana pasienten vil derimot beholde dette tilbudet.

Vår pasient ble ikke vurdert av kirurg fordi vi har ikke kirurg 24/7, vår pasient ble lagt på medisinsk avdeling. Magesmertene klinger ikke av og vi på medisin er bekymret. Vi velger å ta kontakt med Rana sykehus der den akutt kirurgiske kompetansen sitter. På Rana sykehus har de full avdeling. De syns det høres ut som pas kan vente da vi hører tarmlyder- ber oss ta røntgen som ikke viser noe spesielt. Både pasienten og medisinsk lege er beroliget. Når smertene da tiltar på natten venter vi litt før vi på nytt kontakter Rana, det er ingen som liker å «mase». Da godtar de at pas overflyttes. I ambulansen forverres smertene, pas går i sjokk, overlever til de kommer fram. Må akutt opereres grunnet hull på tarmen og ligger i respirator i 5 døgn med blodforgiftning. Tas av respirator, men dør senere grunnet komplikasjoner. -

Dette er et helt realistisk scenario.

Scenario nummer 2.

AD forteller at Sandnessjøen skal få en full indremedisinsk avdeling. Hit kommer blant annet pasienter med hjertesvikt. En 75 år gml mann kommer inn med dårlig hjerte og vann på lungene. Vi tapper vannet med en nål inn i lungene. Under prosedyren kommer det luft inn i lungene og pas trenger at en kirurg legger inn et dren. Kirurgen som er i Sandnessjøen denne uken er en ØNH lege som ikke kan dette. Pas er ustabil, må flyttes til Rana for å få dette gjort. Sannsynligvis går det bra, mulig det ikke går bra.

Scenario nummer 3

62 år gml kvinne kommer inn med tung pust. Vi avdekker en lungesvulst og det skal tas en vevsprøve fra denne. Per i dag er Sandnessjøen sykehus det eneste sykehuset som gjør dette på Helgeland, men etter den nye strukturen må pas dra til Bodø.

Scenario nummer 4

81 år gml mann kommer inn med forstyrrelser i hjerterytmen. Sandnessjøen sykehus er det eneste sykehuset på Helgeland som legger inn pacemakere. Pas kommer fra Hattfjelldal og inn hit. Det legges pacemaker, men det oppstår komplikasjoner i form av en blodåre som blør. Vår dagkirurg har ikke kompetanse på dette og pas overflyttes til Mo.

Vurdering.

Vi kan ikke få til en fullverdig vurdering av en akutt indremedisinsk pasient uten et kompetent og sterkt kirurgisk fagmiljø. Vi kan ei heller gjøre medisinske prosedyrer og behandling som innebærer stikking av pasienten. Hvis AD får gjennomslag for sin modell vil vi ikke kunne tørre å ta imot akutte indremedisinske pasienter her hos oss- de vil i praksis gå til Mo og vi blir nedlagt.

Veletablerte fagmiljøer som i dag fungerer utmerket smuldres bort- ingen vil jobbe på et slik sykehus som AD foreslår fordi dette ikke er et fullverdig sykehus. Viser til vedtaket fra landsstyret i legeföreningen. Man lurer folk og man utsetter legene som står i vakt for et umenneskelig press da de har det samme ansvaret for pasienten som før, men dagens etablerte fagmiljø er revet bort og vi har blitt alene uten de nødvendige redskapene til å ta vare på pasientene på en forsvarlig måte.

AD sitt forslag om en indremedisinsk avdeling på Sandnesjøen Sykehus er et uforsvarlig tilbud til pasientene sør for Korgfjellet og vi advarer mot å gå inn for denne modellen jfr den norske legeföreningen sin resolusjon fra 2015.

Ang alternativ modell til ny framtidig struktur. Viser til vår høringsuttalelse (se vedlegg) samt resolusjon fra legeföreningen og høringsuttalelse fra Nordland legeförening. Utover dette ser vi ingen nytte i å komme med nye vurderinger. Vi registrerer at AD med sine nærmeste medarbeidere uansett velger det alternativet ingen fagfolk vil ha, og som fikk null oppslutning blant de 111 høringsuttalelsene.

### **Om operasjoner på Sandnessjøen (levert fra kirurgi):**

«Notat om diagnostikk, behandling og oppfølging av tykktarmskreft ved Helgelandssykehus Sandnessjøen.

*Petter Stausland Dahle (avdelingsleder leger, kirurgisk avdeling / LIS GAK-2/3)*

*Knut Magne Augestad (Overlege kirurgisk avdeling, spesialist i gastrokirurgi)*

*Leszek Markiewicz (Seksjonsoverlege kirurgisk avdeling, spesialist i generell kirurgi)*

Som vedlegg til styresaken om lokalisasjonsanbefaling i Helgelandssykehuset 2025, er det lagt ved et internt notat om kreftkirurgi i Helgelandssykehuset. Notatet baserer seg på statistikk fra kreftregisteret i perioden 2010 til 2017. I notatet trekkes det frem at det samlede volumet av kreftkirurgi Helgelandssykehuset er lavt, og at det er spesielt lavt i Sandnessjøen. Det vises også til tall fra Kreftregisteret, der andelen fjernmetastaser 5 år etter behandling ligger under landsgjennomsnittet på Mo i Rana, og er omtrent dobbelt så høyt i Sandnessjøen. Notatet fra fagsjefen, danner dessverre et feilaktig bilde av kreftkirurgien ved Helgelandssykehuset. Notatet er utarbeidet av ny fagsjef som ble ansatt i høst. Fagsjefen har valgt å ikke ta kontakt med det gastrokirurgiske miljøet i Sandnessjøen i forkant av denne uttalelsen. Derfor har essensiell og viktig informasjon ikke kommet med i notatet til styret.

Hvem opereres hvor i Helgelandssykehuset?



Med dagens modell opereres pasienter med kreft i tykktarmen ved henholdsvis Mo i Rana og Sandnessjøen. Det har aldri vært noen formell funksjonsfordeling eller opptaksgrenser for kreftkirurgien, og det har vært praktisert nærmest «fritt sykehusvalg» for denne pasientkategorien. Akuttkirurgisk funksjonsfordeling er tydelig definert, der Sandnessjøen betjener området sør for Korgfjellet (befolkning på ca. 44 000) og Mo i Rana betjener området nord for Korgfjellet (befolkning på ca. 34 000). Endoskopivirkomheten i Mosjøen har over flere år hatt tradisjon for å henvise pasienter til kirurgisk behandling for maligne polypper og invasiv kreft i tykktarm til Mo i Rana. Dette ser man tydelig i statistikk fra kreftregisteret, sortert etter sykehus og pasientenes bostedskommune. Dette kan gi en skjevfordeling i henvisningspraksis og kan medføre at andelen av pasienter fra kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal, og som opereres i Sandnessjøen, i større grad blir operert i forbindelse med en akutt operasjon. Pasientene som henvises via Mosjøen sykehus til kirurgi på Mo i Rana fra kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal via, blir i tilsvarende grad operert som planlagt (elektiv) kirurgi. Vi minner om at akutte operasjoner er assosiert med høyere sykkelighet, dødelighet og har lavere sykdomsspesifikk overlevelse (fjernmetastaser)(2). Her er det behov for videre undersøkelser for å konkludere sikkert.

Kvalitetsregister og statistikk

**Antall opererte med tykktarmskreft i Sandnessjøen og Mo i Rana fordelt på kommuner i perioden 2010-2017 - Tall fra kreftregisteret**

Kommunenavn	Sandnessjøen	Mo i Rana
Sømna	6	0
Brønnøy	9	0
Vega	5	0
Vevelstad	1	0
Herøy	7	0
Alstahaug	27	0
Leirfjord	7	1
Vefsn	20	34
Grane	1	2
Hattfjelldal	2	5
Dønna	8	1
Lurøy	6	5
Rødøy	0	5
Træna	1	0
Nesna	1	5
Hemnes	0	26
Rana	0	107
Saltdal	1	0
Sum	102	191

- Tallene er hentet fra datauttrekk fra kreftregisteret.
- Kreftregisteret er ikke ansvarlig for presentasjonen eller tolkningen av opplysningene.

Det samles egne data i Sandnessjøen hva gjelder kreftkirurgi. Dette er de samme tallene som er brukt til abstrakt presentert på kirurgisk høstmøte av Trond Dehli i 2019, som resultater i «Nord-Norsk nettverk for coloncancerkirurgi. Det rapporteres i tillegg til gastronet, norgast og kreftregisteret.

#### Utdanning av gastrokirurger på Helgeland

I 2019 kom det ny versjon av Nasjonalt faglig handlingsprogram for diagnostikk, behandling og oppfølging av tykk- og endetarmskreft. I henhold til retningslinjene skal kirurgi av tykk- og endetarmskreft utføres av spesialister i gastroenterologisk kirurgi. Alenespesialister skal unngås. Per i dag er det to gastrokirurger ansatt i Helgelandssykehuset. Begge jobber ved Sandnessjøen sykehus. Vi viser også til fagplaner, læringsmål og avtaler for gastrokirurgi utdanning som er inngått mellom Helgelandssykehuset, UNN Tromsø og NLSH Bodø.

#### Vedrørende Urologisk tjeneste

Dagens løsning med Urologisk tjeneste lokalisert ved Mo, medfører en fragmentering og ansvarspulverisering av den generell kirurgiske tjeneste ved Helgeland. Vi er overasket over at denne åpenbare faglige utfordring for det kirurgiske miljøet ved Helgeland, ikke omtales i styrenotatet. Det er også et krav om at avdelinger som opererer tykktarmskreft skal ha urologisk beredskap (på grunn av colon cancers nære relasjon til urinveier). Urologi har vært funksjonsfordelt til Mosjøen sykehus, og hverken Sandnessjøen eller Mo i Rana oppfyller derfor i dag dette nasjonale kravet.

#### Sammendrag

I den foreslåtte modellen til administrerende direktør, begrunnes valget av struktur med at man skal ivareta det bredeste fagmiljøet. Dersom forslaget gjennomføres, og det gastrokirurgiske miljøet i Sandnessjøen som er møysommelig bygget opp over tid blir avvirket, står Helgelandssykehuset igjen uten en eneste gastroenterologisk kirurg, og heller ikke mulighet til å tilby denne svært viktige utdanningen (særlig med tanke på kreftkirurgi). Videre sies det ingenting om det urologiske fagmiljøet og hvor det skal lokaliseres. Således er det et stort paradoks at direktøren hevder at ny struktur skal ivareta det bredeste kirurgiske fagmiljøet, da vår oppfatning er at forslaget vil undergrave den kirurgiske utdanningen og fragmentere gode kirurgiske fagmiljø.

En flytting av elektiv kolonkirurgi til Mo medfører at man ikke kan utdanne Gastrokirurger ved Helgelandssykehuset. Flytting medfører at man avviker det eneste miljøet med gastrokirurger og gastroenterolog(er). Løsningen med Urologer lokalisert i Mosjøen, medfører en uheldig splittelse av den (bløtdel) kirurgiske "treenighet", nemlig Gastrokirugi, Gynekologi og Urologi. Det bør taes grep i prosess 2025 slik at et bærekraftig kirurgisk fagmiljø samles (gastrokirugi, urologi, gynekologi).

#### Referanser

- (1) Augestad KM, Bakaki PM, Rose J, Crawshaw BP, Lindsetmo RO, Dørum LM, *et al.* Metastatic spread pattern after curative colorectal cancer surgery. A retrospective, longitudinal analysis. *Cancer Epidemiol.* 2015 Oct; **39**: 734–744.
- (2) Nasjonalt handlingsprogram i diagnostikk, behandling og oppfølging ved tykk og endetarmskreft 2019.
- (3) Utdanningsreform for ny spesialistutdanning for leger 2019.
- (4) Datauttrekk fra kreftregisteret: antall opererte med tykktarmskreft i Sandnessjøen og Mo i Rana i perioden 2010-2017.

## **Leger Mo i Rana:**

### **Innspill til drøftingsmøte 27.11.19**

Nasjonal helse og sykehusplan ble i sin tid etablert for å se på samlet sykehusstruktur i Norge. Helgeland ble holdt utenfor dette arbeidet på grunn av en egen pågående utredning rundt sykehusstrukturen. Utgangspunktet for dette arbeidet ble gitt i oppdragsdokumentet fra Helse Nord i 2013:

*Helgelandssykehuset HF skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste på Helgeland i samarbeid med kommunene og styrke forskning, fagutvikling og utdanning*

Utgangspunktet for dette arbeid var at foretaket skulle være i stand til å møte utfordringer knyttet til å rekruttere og å utvikle og beholde robuste fagmiljøer. Det var altså fag, og ikke bygg, som var utgangspunktet for at prosessen ble startet.

Etter flere interne prosesser valgte man å engasjere en ekstern ekspertgruppe for å se på oppbyggingen av spesialisthelsetjenesten. Den endelige rapporten fra den eksterne ressursgruppen kom i mars 2019, og har sammen med økonomianalysen, Samfunnsanalysen og en rekke styreseminarer og tilleggsutredninger etter bestilling fra styret dannet grunnlaget for det endelige saksfremlegget.

Hovedkonklusjonen i ressursgruppas rapport var en anbefaling om ett stort akuttsykehus i Mo i Rana, med inntil 3 DMS. Ressursgruppa har i sin anbefaling lagt vekt på rekruttering og utvikling av fag, det som også var utgangspunktet for at hele 2025 prosessen ble startet. I økonomianalysen kommer det tydelig frem at videre bruk av bygningsmassen i Mo i Rana vil være det alternativet som kommer best ut økonomisk. De økonomiske forutsetningene for prosjektet har vært analysert 2 ganger (Deloitte, samt kvalitetssikret og oppdatert av AF Aadvansia). Konklusjonen fra begge analysene er klar på at foretaket ikke har økonomisk bærekraft til et nytt stort sykehusbygg på jomfruelig mark. Samfunnsanalysen kommer ikke med noen anbefaling, men underbygger ressursgruppas konklusjon om rekruttering.

Adm.dir har i sitt forslag anbefalt en modell med stort akuttsykehus i Mo i Rana, komplett med et akuttsykehus i Sandnessjøen og 2 DMSer. Denne innstillingen baserer seg på en samlet vurdering av det grunnlagsmaterialet som ligger til grunn i utredningen. Når adm.dir ikke har valgt å gå for en en-sykehusmodell er det forståelig ut fra hensynet til interimperioden, reisevei for mange av pasientene, samfunnsikkerhet og beredskap og samfunnsmessige hensyn utdypet i Samfunnsanalysen. Generelt synes vi det argumenteres godt for den foreslåtte modellen og vi ser de utfordringene adm.dir har stått ovenfor i arbeidet med anbefalingen til lokalisering og struktur.

Vi ønsker å komme med noen innspill til adm.dir sitt forslag:

- Fødetilbud: modellen som skisseres baserer seg på at man samler det gynekologiske miljøet organisatorisk, men opprettholder fødeavdelinger 2 steder. Fødselstallene på Helgeland (og Nord-Norge) har falt dramatisk, og vi ser utfordringer med å opprettholde 2 fødeavdelinger på Helgeland. Pasientgrunnlaget og aktiviteten bli liten, noe som skaper utfordringer både på å opprettholde kompetanse og utdanne nye spesialister og jordmødre. På en annen side er det sentrale forskere (Engjom) og organisasjoner som Jordmorforbundet vær tydelig på at man ikke bør legge ned flere fødeavdelinger i Norge. Det er heller ikke til å legge skjul på at dette er et politisk minefelt.

Vi ser utfordringer med den valgte modellen, men har forståelse for at adm.dir har landet på det foreslåtte forslaget. Dette blir et verdivalg, hvor man kan argumentere faglig i begge retninger. Forutsatt at denne løsningen blir valgt mener vi adm.dir må legge særskilt til rette for kompetanseutvikling for personellet med hospitering, trening og faglig samarbeid. Vi utelukker heller ikke at denne modellen gir større rekrutteringsutfordringer enn en fødeavdeling ville gitt.

Vi har tidligere vist i vårt høringsinnspill til ressursgruppa at blant fødeavdelingene på Helgeland er det Rana som når størst andel av de fødende (snitt siste 10 år per kommune, SSB tall) i løpet av 60 minutter (reisetider fra *Pasienttransport på Helgeland*, B. Haug m. fl) Beregningen viste da at Rana når 65% av populasjonen mot 45% i Sandnessjøen innen en time. Engjom et al. har i sitt arbeid vist en økning i risiko ved transport utover 1 time. Samlet transporttid for de fødende ble også lavere med Rana enn Sandnessjøen, forutsatt at fødestua i Brønnøysund opprettholdes – noe det legges opp til i alle alternativer. Sommerstenging har vist at en fødeavdeling fungerer for regionen. Vi mener derfor at Rana er det naturlige utgangspunktet å bygge videre på hvis man skulle ende opp med en fødeavdeling.

- Elektiv virksomhet i Sandnessjøen: forslaget legger opp til et sykehus i Sandnessjøen med omfattende elektiv virksomhet. Flere av oss har jobbet i foretak med enheter som drifter egne elektive sentre, og har sett at dette kan fungere godt. Vi ønsker som fagpersoner å være med på å skape et variert tilbud i Sandnessjøen, og vil gjerne jobbe sammen med våre

kolleger der for å utvikle tilbudet med mål om å tiltrekke seg pasientgrupper fra andre helseregioner. Å kombinere ambulering med poliklinikk i Brønnøysund er da naturlig, evt. også i Mosjøen.

- Akuttkirurgi: Vi har i vårt høringsvar til ressursgruppa gått gjennom all kirurgisk aktivitet på vakttid i foretaket, dvs. kirurgi som er utført utenfor ordinær arbeidstid. Gjennomgangen av tall fra DIPS (2017 og 2018) viste store forskjeller mellom enhetene, hvor man i Rana gjennomførte 688 inngrep mot 174 i Sandnessjøen og 17 i Mosjøen mellom 16-08. Gjennomsnittlig stuetid var også høyere i Rana, noe som taler for større inngrep. Forskjellen var like tydelig i perioder uten elektiv drift, noe som viser at dette ikke representerer forskyvning av elektiv drift til kveldstid. Dette viser at Rana allerede i dag har en klar akuttkirurgisk profil på sin drift, i motsetning til Sandnessjøen og Mosjøen. I tillegg har Rana vaktlag i alle relevante spesialiteter. Ser man på volumene vil det være relativt uproblematisk å overta denne aktiviteten allerede i dag. Å samle denne aktiviteten i Rana innebærer derfor langt mindre risiko i interimperioden, og bygger videre på en struktur som allerede er svært tydelig i dagens 3 sykehus. Se virksomhetstall fra DIPS:

År ▲	2017		2018	
	Operasjon utenom hverdag (8-16)	Stuetid (gjennomført)	Operasjon utenom hverdag (8-16)	Stuetid (gjennomført)
Annet	55	65,8	69	76,5
Mo i Rana	634	987,8	688	1 236,4
Mosjøen	21	18,2	17	35,1
Sandnessjøen	142	238,3	174	274,0

- Kreftkirurgi: viser til notat fra professor Bukholm. Rana er det eneste fagmiljø som kan dokumentere kvalitetstall, med overlevelse over landsgjennomsnittet. Fjernmetastaser har ligget under landsgjennomsnittet i Rana, men over i Sandnessjøen. Rana har hatt høyere volum enn Sandnessjøen over mange år, selv om det er lavt begge steder. Vi anser samlingen av denne aktiviteten som essensiell, da volumet på Helgeland uansett er lavt. Vi mener også at å vise til gode kvalitetstall vil være avgjørende for å beholde denne typen aktivitet i foretaket, som igjen er avgjørende for rekruttering av kirurger og akuttkirurgisk beredskap i foretaket. Å satse på miljøer som ikke kan dokumentere kvalitetstall vil etter all sannsynlighet føre til at man mister funksjoner i en interimperiode. Det er således naturlig å bygge videre på miljøet i Rana, og innlemme den urologiske virksomheten i kirurgisk avdeling i Rana.

- Medisin: medisin er ikke spesifikt omtalt i saksfremlegget. Vi ser at dette området i mindre grad har problemer med for lite pasientvolum, sammenliknet med de kirurgiske fagene. Mange av disse pasientene er eldre og kronikere. Den foreslåtte modellen vil gi mindre risiko i interimperioden, og vil også gi fagmiljøene tid til å utvikle tilbudet over tid. Vi anser dette som gunstig. Vi forutsetter at man i den foreslåtte modellen samler fagområder som naturlig hører inn under medisinsk område ved hovedsykehuset.

- Ortopedi: Rana har som eneste enhet en ortopedisk seksjon. Seksjonen er bygd opp over flere år og har en stor operativ bredde og behandler de fleste akutte skjelett- og bløtdelsskader. Det har i flere år ambulert ortopeder til Mosjøen og per i dag ambulerer to ortopeder ukentlig til Mosjøen for elektiv kirurgi og poliklinikk. Det er i 2019 også startet poliklinisk ambulering og Skype-konsultasjoner til Brønnøysund. Det vil være gode muligheter for en lignende ortopedisk elektiv virksomhet ved sykehuset i Sandnessjøen skulle det legges til rette for det.

Pasienter med ortopediske og kirurgiske problemstillinger, både akutte og elektive, har regelmessig behov for plastikkirurgisk kompetanse. Eksempelvis er ortopedisk sengepost ved St. Olavs universitetssykehus samlokalisert med plastikkirurgisk sengepost, hvilket letter samarbeid. Rundt om i landet samarbeider også ortopeder og plastikkirurger om eksempelvis avanserte håndskader. Vi anser det som naturlig å samlokalisere ortopedisk- og plastikkirurgisk seksjon ved det store sykehuset i Rana.

Ortopedien har også en sentral rolle i håndtering av akutte skader og traumer. 62% av alle traumepasienter har ortopediske problemstillinger jfr. Nasjonalt raumeregisteret (2017). Ortopeden har en sentral rolle i traumeteam ved de fleste store akutt sykehus.

Samlet sett mener vi forslaget fra adm.dir gir et godt utgangspunkt for utvikling av spesialisthelsetjenesten på Helgeland. Det representerer ingen revolusjon, men gir rom for å bygge videre på de gode tilbudene vi allerede har. I tillegg er dette et forslag som ivaretar dagens fagmiljø på en god måte. Dette er i tråd med utgangspunktet for at hele denne prosessen ble startet, nemlig å

*rekruttere, og å utvikle og beholde robuste fagmiljøer.* Utgangspunktet var ikke å legge ned de største fagmiljøene, og bygge sykehus i ingenmannsland fra grunnen av.

I tillegg bidrar forslaget til å redusere foretakets risiko i interimperioden, og dermed økonomiske risiko. Vi anser økonomisk handlingsrom som essensielt for å lykkes med å rekruttere fagfolk til regionen. Helgeland er lite, selv med ett sykehus, og da må foretaket kunne tilby gode lønns- og arbeidsvilkår.

Vi ser noen utfordringer i forslaget, spesielt knyttet til å bevare drift ved 2 fødeavdelinger. Dette kan være en krevende modell som må følger opp tett fra ledelsen. Andre modeller vil imidlertid ha andre utfordringer, som kan være minst like store eller større.

Ellers ser vi behov for tettere integrasjon av fagmiljøene i regionen, med mer samarbeid på tvers. Motivasjonen og innstillingen til de ansatte for å jobbe sammen om å skape gode tjenester på Helgeland vil være avgjørende. Vi har et sterkt ønske om å bidra til dette. Mange, også i Rana, har ønsket seg ett sykehus. Men når alt kommer til stykke er kanskje det aller viktigste å få landet denne prosessen, slik at vi som fagfolk kan finne sammen og igjen bruke tid og krefter på å videreutvikle helsetilbudet til befolkningen på Helgeland. Forslaget fra Hulda gir oss således et godt utgangspunkt for å gjøre nettopp det.

Skulle man velge å ikke følge direktørens innstilling, må et ansvarlig styre forholde seg til de faglige utredningene som er bestilt og sikre en forsvarlig drift av Helgelandssykehuset. De eksterne utredningene som har vært gjort peker på Rana som beste lokaliseringen ved valg av en en-sykehusmodell. Det har ikke vært noen utredninger som anbefaler Mosjøen, da dette alternativet innebærer stor risiko i interimperioden – med nedleggelse av foretakets to største enheter. Det er også det dyreste alternativet i økonomianalysen. ROS analysen viser også risikoen med dette alternativet. Sandnessjøen var andrevalg ressursgruppas rapport, men kommer dårligere ut på rekruttering, interimperiode og i økonomianalysen. Sandnessjøen kommer omentrent likt ut på vektet reisetid for pasientene som Rana, men dårligere for ansatte jfr Samfunnsanalysen. Samlet sett genererer Rana lavest samlet transportarbeid av alternativene (Samfunnsanalysen). Ingen av reisetidsberegningene tar høyde for at Nord Helgeland har betydelig lengre responstid for ambulanshelikopter med anestesilege og færre prehospitale ressurser. Ingen utredninger har anbefalt å legge sykehus utenom noen bysentra, men heller direkte frarådet dette.

For overleger og LIS HSYK Mo i Rana

Anders S. Bjellånes, HTV OL  
Bjørn Lio, HTV LIS

