

## Hørings svar fra kirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad, vedrørende Helse-Nords Lokalsykehusstrategi 2010-2020.

### 1. Rekruttering.

Det er gjennomgående i den utarbeidete lokalsykehusstrategien, at gruppen mener det er viktig at lokalsykehusene består av robuste fagmiljø. Det påpekes også utfordringene ved å utdanne, men kanskje særlig beholde spesialister. Her mener vi at mye kan gjøres for å bedre forholdene. Det må legges til rette for bedre rekruttering av både utdanningskandidater og spesialister ved alle lokalsykehus. Det bør snarest avklares hvilke funksjoner og tilbud de enkelte sykehus skal ha. Sviktende rekruttering til de mindre sykehusene i landsdelen er bl.a. et resultat av usikkerhet både med hensyn til hvilke arbeidsplasser som i fremtiden vil eksistere, samt hvilke faglige oppgaver de ulike sykehus og avdelinger blir tillagt.

- a. Det er i dag ulik behandling av helsepersonell som velger å øke egen og avdelingens kompetanse gjennom etterutdanning og spesialisering. Noen foretak har økonomiske stimuleringsordninger mens andre ikke har det. Dette burde være likt innen Helse Nord sitt område, hvor alle lokalsykehus som kan dokumentere mangel på nøkkelpersonell/spesialister kan dra nytte av felles stipendordninger administrert av Helse Nord. Vi har i Harstad opplevd at utdanningskandidater innen kirurgi og anestesi ikke har fått støtte under spesialiseringen (utgifter til pendling, dobbel husholdning mm) med begrunnelse at det i UNN HF ikke foreligger et rekrutteringsbehov. Dette i stor kontrast til utdanningskandidater ved andre helseforetak, som har fått betydelig støtte under spesialistutdanning, mot bindingstid etter end utdanning. Vi har i Harstad flere konkrete eksempler på "tapte" spesialister grunnet en slik manglende støtte under siste del av utdanningen. Det er ikke bare internt i Helse Nord at det hersker en konkurranse om utdanningskandidater og forhåpentligvis etter hvert fastboende spesialister, det er i stor grad en konkurranse med sykehus lengre sør i landet.
- b. Helse Nord bør gå inn for at leger i spesialisering som hovedregel skal starte sin spesialistutdanning ved lokalsykehus. Dette sikrer i større grad enn i dag bredde i utdanningen med tidligere praktisk innlæring, fremfor å gjennomføre hele sin utdanningsforløpet ved regionens eneste universitetsklinikk. Universitetsklinikken skal ha som hovedfunksjon å drive utdanning i de spesialiserte prosedyrer som angår lavvolum og ressurskrevende oppgaver. "Det daglige brød" skal utdanningskandidatene få ved lokalsykehusene. Dette vil sikre bedre rekruttering til lokalsykehusene og bedre tilgjengeligheten av gruppe I utdanningstillinger ved universitetsklinikkene hvor den spesialiserte tjenesten læres.

### 2. Ambulering.

Arbeidsgruppen legger opp til økt bruk av ambulering av spesialister. Dette er det av flere viktige årsaker grunn til å være forsiktig med.

- a. På utvalgte områder kan ambulering gi pasienter et bedre tilbud. Dette gjelder særlig poliklinisk virksomhet som kan være besparende på flere måter, bl.a. kortere pasientreiser. Tjenester innen for eksempel hud og pediatri er etter vår

mening gode eksempler, hvor begge hovedsakelig er poliklinisk virksomhet. Det kan også være positivt innad i de større kliniske avdelinger. Dog er det fare for at en slik ambulering over tid fører til manglende vilje el. evne til å ansette egne spesialister ved det enkelte sykehus. Ved noen av våre lokalsykehus, for eksempel i Harstad, hvor en tidligere hadde to faste barneleger, ble det ytt god service til kliniske avdelinger i vurderinger av pediatrike problemstillinger på inneliggende pasienter. I dag er dette fraværende da en bare tidvis har ambulerende barnelege fra Tromsø tilstede.

- b. Det er de få stedbundne spesialisters jobb å tilrettelegge for optimal aktivitet for besøkende spesialister. På samme måte blir det fast ansatte sin jobb å følge opp pasientene og det medfølgende etterarbeid når en ambulerende spesialist har forlatt. En slik situasjon kan oppfattes som en ekstra belastning på gjenværende faste ansatte.
- c. Ambulerende spesialister har ikke nødvendigvis den samme lojalitet til lokalsykehuset og har heller ikke den samme agenda som en fast ansatt har.
- d. Vi trenger faste spesialister som kan fungere som veiledere for leger i spesialisering og som kan følge utdanningskandidatene og turnuslegene over tid, som kan se og vurdere deres utvikling og progresjon.
- e. Vår erfaring er at ambulering er kostnadsdrivende. Ingen spesialister reiser vekk fra familie og hjem uten at dette lønner seg.
- f. I Harstad har vi over mange år hatt erfaring med bruk av vikarer/ambulerende spesialister. Dette har ført til erkjennelsen at ambulerende spesialister ikke er optimalt hva gjelder de store kliniske avdelinger, som daglig utreder og behandler til dels alvorlig syke pasienter, og som krever tett oppfølging. Vi trenger, særlig ved kirurgiske og medisinske avdelinger ved lokalsykehusene, en stab av leger og annet helsepersonell som er stabile, tilgjengelige, og som har høy kompetanse. En besøkende spesialist vil aldri ha de samme forutsetninger for å gjøre en optimal jobb som de fast ansatte, som kjenner avdelingens rutiner, lokale forhold og logistikk. Det er også de med lokal tilhørighet som tar seg av de samme pasientene når det oppstår komplikasjoner og når tilgjengelighet over tid for alvorlige og langtidssyke er av stor betydning for pasientene og deres pårørende.

Ambulering kan være et meget flott og godt supplement, som kan gi nye innfallsvinkler til problemstillinger. Nye teknikker og operasjonsmetoder kan også med fordele innlæres ved lokalsykehus med støtte fra ulike spesialister. På en slik måte kan ambulering virke oppbyggende, men driften kan ikke baseres på et slikt grunnlag.

Det bør nevnes at støtte til en utdanningskandidat under 2-3 års gruppe 1-tjeneste, med påfølgende bindingstid på minimum 2 tilsvarende ca 6-8 uker innleie av spesialist (jfr pkt 1 a)!

Vi ønsker derfor stedbundne spesialister og helsepersonell som hver dag er med på å dra sin del av "lasset" og ikke vikarer som kan oppfattes som en "byrde" for sine kolleger og en ukjent størrelse for pasienter og pårørende. Dette vil på sikt også være lønnsomt for Helse Nord, da fast ansatte er rimeligere rent lønnsmessig. Etter vår oppfatning bør Helse Nord i økende grad tilrettelegge for at slike forhold muliggjøres.

3. Ortopedi. Det vises til vedtak fra 2004 hvor Helse Nord allerede har bestemt at ansvar og vaktberedskap i ortopedi kun skal tillegges et sykehus eller en lokalisasjon i hvert helseforetak. Dette vedtaket ble altså fattet mens Hålogalandssykehuset HF eksisterte. Vedtaket kan derfor ikke ha gyldighet i dagens situasjon hvor restene av Hålogalandssykehuset er fordelt på to andre foretak. Regionen som Hålogalandssykehuset betjente er en av de tettest befolkede regioner i N-Norge og var det største helseforetaket mht befolkningsgrunnlag. Det er derfor klart at minst et sykehus i Sør-Troms/ Nordre-Nordland må ha døgnkontinuerlig vaktberedskap og ansvar innefor ortopedi.
  - a. Ortopedi har i flere år vært egen spesialitet. Det er et stort fag hvor utviklingen innenfor de ulike felt har vært rivende. Det utgjør store kostnader og inntekter gjennom DRG systemet for sykehus som har en ortopedisk virksomhet. Antall innleggelser og ø-hjelps operasjoner overstiger den aktivitet som andre kirurgiske fag representerer. En kan få inntrykk av at ortopedien søkes behandlet som et lite nisjefag gjennom Helse Nord's disponeringer. Det må ligge til grunn mangelfull kunnskap om behovet på for disse tjenester på dette felt.
  - b. Det foreslås bl.a. at generell kirurger skal ivareta mindre ortopediske skader gjennom en generell kirurgisk døgnberedskap. Dette er mildt sagt umoderne, og strider mot god medisinsk praksis. Implisitt ligger det i en slik disposisjon at Helse Nord godtar suboptimal ortopedisk behandling for pasienter i store deler av Nord-Norge. Det finnes selvsagt generell kirurger som fortsatt bærer på ortopedisk kompetanse, men de er i stadig minkende antall og utgjør ikke lengre en faktor som kan påregnes. Det er ikke lengre krav til noen ortopediske inngrep, kurs eller tjeneste for leger i spesialisering til generell kirurgi, og en kan ikke påregne at generelle kirurger, i tillegg til egen spesialitet, skal være oppdatert innen ortopedi.
  - c. Det springende punkt innen ortopedisk kirurgi er kvalitet på tjenestene. Hva er pasientene tjent med? En generell kirurg uten spesiell kompetanse, eller en klinisk spesialist innen sitt fagfelt.
  - d. Innen traumatologien ser en den samme tilsynelatende manglende forståelse. Ortopediske skader (ekstremitetsskader, bekken og ryggskader) koeksisterer hos mer enn 60% av alle alvorlige skader som mottas i norske sykehus årlig. Den ortopediske kirurg bør være en selvfølgelig del av ethvert traumeteam som han også er ved Nordens største traumesykehus, Oslo Universitetssykehus, Ullevål.
  - e. N-Norge har for dårlig dekning av ortopedspesialister sammenliknet med resten av landet. Det bør opprettes og stimuleres til rekruttering av flere ortopedstillinger ved lokalsykehusene. Det er ved lokalsykehusene at den rimeligste og det største volum av ortopedtjenester foregår, og slik bør det være i fremtiden også. Lavvolum og høyt spesialiserte tjenester skal foregå sentralisert, men for ortopediens del utgjør dette en liten del. Foretaksintern funksjonsfordeling har en større plass i ortopedien enn for mange andre fagfelt. Vi opplever i dag at selv de få pasienter som vi henviser til universitetsklinikken ”drukner” blant alle de pasienter med vanlige tilstander i ventelisten.

#### 4. Traumatologi

Det er på nasjonalt plan økt fokus innen faget traumatologi. Det er nylig utarbeidet en nasjonal rapport vedrørende mottak, utredning og behandling av multitraumatiserte pasienter(Røise et al.). Hovedtrekkene som er lagt i denne rapporten ventes innført i hele Norge ilt få år. Det er store geografiske utfordringer innen vår region, noe som må tas i betraktning ved diskusjoner rundt traumebehandlingen. Værforhold som i Nord-Norge fører til sårbar transportlogistikk(helikopter, båt, bil)har en helt annen konsekvens enn andre steder i landet. Organiseringen av traumebehandlingen kan derfor bli annerledes i vårt opptaksområde enn andre steder, der en er avhengig av velfungerende traumeteam på lokalsykehus for å sikre pasientene så tidlig og god akuttbehandling som mulig, uten lang transporttid.

Traumatologien henger nøye sammen med akutfunksjoner, behandlingkjeder og beredskap ved de ulike sykehusene. Det er en forutsetning at disse betraktes sammen. Et velfungerende traumeteam er avhengig av regelmessige treninger og samhandling. Det er svært gode muligheter til å få dette til ved lokalsykehus, der de fleste jobber tett sammen, og kjenner hverandre og logistikken ved eget sykehus godt. Ambulerende/vikarierende spesialister, som ofte inngår i vaktordninger ved lokalsykehusene, kjenner ikke denne organiseringen, er ikke trent på samme måte, og har kanskje ikke funksjon i Traumeteam ved eget sykehus. Av denne grunn er det vår mening at det også innen dette felt legges til rette for stabile og robuste lokale faglige miljøer, i motsetning til en ordning basert på besøkende overleger.

Rapporten fra Røise et.al bygger på anerkjente prinsipper(BEST/ATLS), og at sykehus som skal motta denne pasientgruppen kan dokumentere nødvendig kompetanse. Kirurgisk avdeling UNN, Harstad stiller seg bak kriterier gitt i Røises utvalg, og mener det må avsettes øremerkede midler til kompetanseheving bland personell på lokalsykehus som mottar denne pasientgruppen.

På vegne av et samlet legekollegium ved Kir.seksjon, UNN Harstad

Trond Ellingsen, Stig Hegna og Bård Soltun