

Møtedato: 22. juni 2022

Vår ref.:

-/

Saksbehandler:

Geir Tollåli

Dato:

15.6.2022

## Styresak 86-2022

## Tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset - sentrale faglige forutsetninger

*Saksdokumentene var ettersendt.*

### Formål

I tråd med styrets vedtak i styremøtet 24. mars 2022, *styresak 40-2022 Tarmkreftkirurgi – tilbakeføring til Helgelandssykehuset*, redegjør denne saken om ytterligere vurderinger av faglige forutsetninger rundt den samlede gastroenterologiske virksomheten, og særlig den gastrokirurgiske aktiviteten i Helgelandssykehuset. Styret bes vurdere tilbakeføring av tarmkreftoperasjoner til Helgelandssykehuset.

### Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier

I henhold til Helse Nord RHF's strategi og overordnede sørge-for-ansvar skal Helse Nord RHF stille tydelige krav til gjennomgående *kvalitet* i pasientbehandlingen, blant annet ved å sikre at tjenestene leveres i tråd med nasjonale faglige retningslinjer og veiledere<sup>1</sup>. Pasientene skal ha *trygghet* for at helsetjenestene som tilbys er av god kvalitet og imøtekommer samlede krav til pasientsikkerhet. Forbedring gjennom samarbeid i hele regionen, mellom helseforetak og internt mellom sykehus og fagmiljøer i helseforetakene, er avgjørende.

### Bakgrunn

Helse Nord RHF gjennomførte foretaksmøte med Helgelandssykehuset 15. oktober 2020. Helse Nord RHF hadde da behov for å finne en midlertidig løsning som sikret forutsigbarhet for behandlingstilbudet til pasienter mens arbeidet med å forbedre pasientsikkerhet innenfor tarmkreftkirurgiområdet og arbeidsmiljø var i planlagt prosess i Helgelandssykehuset.

Foretaksmøtet i Helgelandssykehuset 15. oktober 2022 vedtok i *foretaksmøtesak 38-2020 Tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset HF* følgende:

- Planlagt tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset flyttes midlertidig til Nordlandssykehuset fra og med 19. oktober 2020.*
- All øyeblikkelig hjelp på tarmkreftkirurgiområdet som må opereres i Helgelandssykehuset, skal, som følge av flyttingen, skje etter forutgående konsultasjon med Nordlandssykehuset og/eller Universitetssykehuset Nord-Norge.*

---

<sup>1</sup> [Styresak 17-2022 Internrevisjonsrapport nr. 06/2021: Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord](#)

Styret i Helse Nord RHF ble senere orientert om Helgelandssykehusets arbeid med å tilrettelegge for tilbakeføring av tarmkreftkirurgien i *styresak 140-2021/4 Tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset, status* (styremøte 27. oktober 2021).

Styret i Helgelandssykehuset gjennomførte styremøte 9. februar 2022, se deres *styresak 2-2022 Tarmkreftkirurgi – organiseringen ved en tilbakeføring til Helgelandssykehuset* (vedlegg 1). Styresaken omtalte forhold knyttet til arbeidet med å følge opp funn fra Statens helsetilsyns stedlige tilsyn 8. og 9. oktober 2020 ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen. Det ble vist til to faglige rapporter (se vedlegg 2 og 3) med forslag til forbedringer som var utarbeidet, samt ROS-analyse for hvordan Helgelandssykehuset planlegger å organisere tarmkreftområdet ved tilbakeføring.

Administrerende direktør i Helgelandssykehuset uttalte i sin redegjørelse til eget styre at tarmkreftkirurgi burde samles på ett sted, i tråd med nasjonale faglige anbefalinger. Videre ble det vist til at Helgelandssykehuset er sårbar mht. å rekruttere og beholde kritisk kompetanse, herunder flere faggrupper som er viktige i pasientforløpet til pasienter med tarmkreft. Helgelandssykehuset har etter tilsynet i oktober 2020 jobbet systematisk med kvalitetsforbedring for å bedre samarbeid og arbeidsmiljø og omorganisert organisasjonen. Ifølge administrerende direktør gir ny organisering bedre muligheter for å følge opp kvalitetsarbeid og resultater, og forholdene ligger nå til rette for at tarmkreftkirurgi kan tilbakeføres til Helgelandssykehuset Mo i Rana. Styret i Helgelandssykehuset ba administrerende direktør komme tilbake til styret med nærmere begrunnelse for valg av plassering.

Styret i Helgelandssykehuset HF vedtok følgende i sak 2-2022:

1. *Styret tar saken til orientering og ber administrasjonen komme tilbake med dato for ny behandling.*

Styret ved Helgelandssykehuset behandlet saken i nytt styremøte 15. mars 2022, *styresak 17-2022 Tarmkreftkirurgi - tilbakeføring til Helgelandssykehuset*. Saken redegjorde for grunnlaget for anbefalingen om å tilbakeføre tarmkreftkirurgien til Helgelandssykehuset, herunder om å lokalisere den i sykehuset i Mo i Rana, og belyste videre spørsmålene som fremkom fra styret under behandlingen av Helgelandssykehusets *styresak 2-2022*.

Styret i Helgelandssykehuset vedtok følgende i *styresak 17-2022*:

1. *Tarmkreftkirurgien kan tilbakeføres til Helgelandssykehuset under de forutsetninger som er lagt til grunn i denne saken og de dokumenter den henviser til, herunder at Helgelandssykehuset skal være ett sykehus på to lokalisasjoner, som begge skal ha akuttkirurgisk beredskap.*
2. *Orienteringen i denne saken og i styresak 2-2022 med vedlegg viser at forventninger til Helgelandssykehuset som kommer frem i Helsetilsynets endelige rapport (Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse - Statens Helsetilsyn) er ivaretatt og følges opp.*
3. *Styret ber administrasjonen rapportere om status i gjennomføringen av vedtaks punkt 1 og 2 innen 1. juni 2022*

Kort sammenfattet innstilte administrerende direktør i Helgelandssykehuset fortsatt på å samle tarmkreftoperasjonene til sykehuset Mo i Rana. Vurderingen omfattet også at andre bukoperasjoner i hovedsak skulle ivaretas av sykehuset i Sandnessjøen. Faglig samarbeid mellom de geografiske enhetene ble understreket som en forutsetning. Styret ved Helgelandssykehuset forutsatte også gjennom vedtakspunkt 2 i sin *styresak 17-2022*, at helseforetaket gjennom sitt kvalitetsprosjekt har svart ut avvikene som Helsetilsynet påpekte etter det stedlige tilsynet, og at disse er ivaretatt og følges opp.

Styret i Helse Nord RHF behandlet i styremøte den 24. mars 2022, *styresak 40-2022 Tarmkreftkirurgi – tilbakeføring til Helgelandssykehuset*. Diskusjonen i styret viste at saken ble oppfattet som krevende og faller inn under styreinstruks punkt 4 av hvilke saker som styret skal behandle. Sitat fra styreinstruksens punkt 4:

*«Endring av driftsoppgaver eller funksjons- og oppgavefordeling innen et helseforetak som kan ha betydning for drift av andre helseforetak/Helse Nord RHF eller som kan forventes å skape konflikter i helseforetakets lokalområde.»*

Styret ba om ytterligere utredninger av faglige forutsetninger rundt den samlede gastrokirurgiske virksomheten i Helgelandssykehuset.

Styret i Helse Nord RHF vedtok følgende i *styresak 40-2022*:

- 1. Styret i Helse Nord RHF anerkjenner at kvalitetsarbeidet som har vært gjennomført ved Helgelandssykehuset har nå lagt forholdene til rette for at tarmkreftkirurgi kan tilbakeføres til en lokasjon i Helgelandssykehuset HF.*
- 2. Styret i Helse Nord RHF ser det som nødvendig at ytterligere utredning av sentrale faglige forutsetninger knyttet til den samlede gastrokirurgiske virksomheten i Helgelandssykehuset HF kommer til styret før endelig beslutning om fremtidig funksjonsdeling av tarmkreftkirurgien inkl. lokalisering kan finne sted. Styret ber om at utredningen gjennomføres så raskt som mulig i samarbeid med Helgelandssykehuset HF og med ekstern bistand.*
- 3. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør iverksette tiltak som sikrer på best mulig måte pasientforløpene knyttet til tarmkreftkirurgi frem til tilbakeføring til Helgelandssykehuset HF.*
- 4. Det er viktig at det fortsatt er fokus på god medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet fremover, både for å sikre godt arbeidsmiljø, gode arbeidsprosesser, godt samarbeid mellom lokasjonene og for å sikre god rekruttering og stabilisering av personell.*

### **Det gastroenterologiske fagområdet**

Gastroenterologi er læren om mage-tarmsystemet og sykdommene som kan oppstå der. Mage-tarmsystemet omfatter fordøyelseskanal, lever og bukspyttkjertel. Både indremedisinere og kirurger kan spesialisere seg videre innenfor dette fagområdet.

En gastroenterolog er spesialist i fordøyelsessykdommer. Gastroenterologen diagnostiserer og behandler sykdommer som forstoppelse, diaré, irritabel tarm, halsbrann, magesår, Crohns sykdom, ulcerøs kolitt, sykdommer i galleveiene og leversvikt. Gjennom samtale, klinisk undersøkelse og eventuelt tilleggsundersøkelser

som blant annet gastroskopi og/eller koloskopi vil legen stille diagnose og iverksette behandling. Tidlig i sykdomsutviklingen møtes pasienten oftest av fastlegen. I denne fasen kan symptomene være vage og uspesifikke. I den diagnostiske prosessen er det sentralt å sette symptomer, varighet og funn inn i en riktig sammenheng.

Helsedirektoratet har laget egne diagnoseveiledere<sup>2</sup> for å klargjøre inklusjonskriteriene som skal understøtte videre henvisning til spesialisthelsetjenesten basert på symptomene som kan gi mistanke om tykktarmkreft. Symptomene kan blant annet kan være endret avføringsmønster over flere uker, funn av tumor eller polypp ved rektal undersøkelse og blod i avføring. Ved akutte mage/tarm-problemer er det behov for at pasienter vurderes av indremedisiner i samarbeid med andre fagdisipliner. De aller fleste slike tilstander ender ikke med kirurgisk inngrep.

En gastrokirurg er spesialist i behandling av sykdommer i spiserør, magesekk, tynntarm, tykktarm, endetarm, lever og galleveier, bukspyttkjertel og bukhinne. Gastrokirurger behandler først og fremst sykdommer i fordøyelsessystemet som krever kirurgisk behandling, men må samarbeide tett med en rekke andre fagdisipliner for å kunne sikre et helhetlig behandlingstilbud for denne pasientgruppen.

Det er et nært forhold mellom gastrokirurgi og gastromedisin for så vel endoskopisk diagnostikk og behandling og de alvorlige tilstander knyttet til kronisk inflammatorisk tarmsykdom (IBD).

### **Faglig utdyping av fagområdet gastrokirurgi**

Utviklingen innen moderne medisin har ført til nye behandlingsformer og ikke minst medikamenter som har redusert behovet for kirurgiske inngrep for magesår og betennelsestilstander i tarm. De nye metodene er mer skånsomme enn tidligere, og kikkhulls- og robotkirurgi blir mer vanlig. Også eldre pasienter tåler behandling de tidligere ikke fikk tilbud om. Flere behandlingsmetoder som før var forbeholdt få og store sykehus, er senere gjort tilgjengelig for mindre sykehus som følge av enklere og mer standardisert behandling.

Akuttblødninger fra tarmkanalen behandles nå svært sjeldent med kirurgi. Blødninger stoppes ved endoskopi og når man ikke fram stoppes blødningene ved intervensjonsradiologi. Ved traumer kan blødninger være livstruende og behandlingen må være deretter enten med stabiliserende operasjon eller direkte flyvning til stort akutt sykehus.

Samtidig er fortsatt kirurgisk behandling av fordøyelsessykdommer nødvendig der «ikke-kirurgisk» medisinsk behandling ikke fører frem. Eksempler på dette er akutte tilstander der det oppstår perforasjon («går hull») på bukorgan, eller der det oppstår stopp i passasjen i tarmkanal eller gallegang. Dette er potensielt livstruende tilstander som krever akutt kirurgisk beredskap.

Av planlagt kirurgi innenfor det gastrokirurgiske området mht. godartede fordøyelsessykdommer er operasjon av gallestein den mest hyppige, i tillegg til behandling av komplikasjoner etter ulike betennelsestilstander i tarm. Noen av

---

<sup>2</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/pakkeforlop-for-kreft-diagnoseveiledere/diagnoseveiledere>

inngrepene, som i utgangspunktet er for godartete tilstander, er kompliserte og utføres derfor ved større kirurgiske avdelinger etter klare, omforente faglige seleksjonskriterier, mens mindre kompliserte inngrep utføres på mindre sykehus med relevant spesialistkompetanse.

### **Prinsipper for fag- og funksjonsdeling**

Helse Nord RHF gjennomførte funksjonsdeling for kreft i tykk- og endetarm i 2010.<sup>3</sup> En samlet beskrivelse av funksjonsdelingen på kreftområdet er beskrevet i *Regional kreftplan 2014–2021*.<sup>4</sup> Detaljert oversikt går frem av vedlegg 6.

Helse Nord RHF har i tillegg utarbeidet veilederen «*Funksjonsdeling av somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord - veileder for vurdering og saksgang*<sup>5</sup>». Flere kriterier bør tas hensyn til i vurderingen av om funksjoner skal samles eller deles, herunder pasientsikkerhet og kvalitet. Kriterier som bør vurderes kan være:

- Grunnleggende verdier i helsetjenesten og prinsipper for prioritering.
- Nasjonale normative føringer
- Nasjonale kvalitetsindikatorer og resultater fra Helseatlas
- Egenskaper ved pasientgruppen/sykdommens egenart
- Egenskaper ved behandlingstilbudet

Det formelle og sentrale formålet for Helse Nord RHF er sørge-for-ansvaret som innebærer å sørge for at befolkningen i Nordland, Troms og Finnmark og på Svalbard sikres et likeverdig og faglig godt spesialisthelsetjenestetilbud. Likeså eierrollen, som omhandler hvordan Helse Nord RHF skal organisere sine sykehus som helseforetak, kombinert med kjøp av helsetjenester fra private aktører.

Spesialisthelsetjenesteloven, helseforetaksloven og pasient- og brukerrettighetsloven slår fast henholdsvis sørge-for-ansvaret, eieransvaret og gir pasientene rettigheter til helsetjenester.

### **Sentrale faglige føringer for kvalitet**

Sentrale faglige forutsetninger for å gi helsetjenester med god kvalitet er sammensatt av flere elementer. Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er utgangspunktet. Helse Nord RHF's forventning er videre at god rapportering til kvalitetsregistre og godt kvalitetsarbeid gjennom samarbeid inngår som en integrert del av fagmiljøenes praksis.

Resultater fra registre publiseres og er tilgjengelig for alle. Klinikkenes sees i kortene av eksterne instanser for å sikre og evaluere kvalitet som sammenlignes mot andre. Forbedringsarbeidet påvirkes således med insentiver utenfra – ikke bare innenfra. Det er imidlertid viktig å påpeke at indre insentiver fungerer veldig bra i de fleste faglige miljøer. I Helse Nord er tallene ofte små innenfor flere fagområder, resultatene kan vise variasjoner over tid, og sykehusene har ulik pasientsammensetning. Statistisk kunnskap og faglig forankring er nødvendig for å ikke feiltolke eller misbruke resultatene. Resultatene må tolkes med forsiktighet.

---

<sup>3</sup> [Funksjonsfordeling av kirurgi for kreft i tykk og endetarm. Styresak 135-2010](#)

<sup>4</sup> [Styresak 147-2013 Regional kreftplan 2014-2021](#)

<sup>5</sup> [Funksjonsdeling av somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord- veileder for vurdering og saksgang](#)

I det videre redegjøres det for nasjonale anbefalinger og kvalitetsregistre som omhandler gastrokirurgi. Innledningsvis siteres fra forordet i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm (IS-2971)<sup>6</sup>:

*«Nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet er å betrakte som anbefalinger og råd, basert på oppdatert faglig kunnskap som er fremskaffet på en systematisk, kunnskapsbasert måte. De nasjonale retningslinjene gir uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet og er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. Nasjonale retningslinjer er ikke direkte rettslig bindende for mottagerne, men bør langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge oppdaterte nasjonale retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet. Dersom en velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra de nasjonale retningslinjene, bør en dokumentere dette og være forberedt på å begrunne sine valg. Sykehusenes eiere og ledelse bør tilrettelegge virksomheten slik at de nasjonale retningslinjene kan følges.»*

Ifølge Helsedirektoratets (IS-2971), kapittel 1.2 *Kirurgisk kompetanse*, «skal kirurgisk behandling av tykk- og endetarmskreft utføres av spesialister i gastroenterologisk kirurgi med sitt hovedvirke innen kolorektalkirurgi. Institusjoner med alenespesialister eller med vikarbasert faglighet innen gastroenterologisk kirurgi bør avstå fra operativ behandling av tykk- og endetarmskreft. Ved kurative operasjoner bør *to gastrokirurger med hovedvirke innen kolorektalkirurgi utføre inngrepet*. Det bør hensyntas at kirurgisk kompetanse ikke bare er basert på kirurgi av kreft, men også kirurgi av godartede sykdommer som krever mye av den samme kompetansen».

Helsedirektoratet publiserte i 2015 en rapport (IS-2284)<sup>7</sup>, som beskriver anbefalte robusthetskrav til avdelinger som skal utføre kreftkirurgi. Rapporten foreslo minimum 30 operasjoner for tykktarmskreft per avdeling. Rapporten er under revisjon, og forventes ferdig i løpet høsten 2022. Helse Nord RHF's regionale kreftplan vil imøtekomme de nasjonale anbefalingene som vil gå frem også i ny utgave av rapporten.

Et annet viktig verktøy for å følge kvalitet i virksomheten på dette fagområdet er *Årsrapport for nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft 2021*<sup>8</sup> som oppsummerer:

*«(...) Tykktarmskreft er den tredje hyppigste kreftformen blant menn, etter prostata- og lungekreft, og den tredje hyppigste kreftformen blant kvinner, etter bryst- og lungekreft. De siste årene har rundt 3000 nye tilfeller av tykktarmskreft blitt diagnostisert årlig (dette er noe lavere enn det som rapporteres i Cancer in Norway, og en mer detaljert oversikt over hva denne diskrepansen skyldes er gitt i flytskjema i kapittel 11), og antallet som hvert år dør av tykktarmskreft har ligget stabilt på rundt 1100–1200 personer. Prevalensen, det vil si antall personer som har eller har hatt tykktarmskreft og som er i live, har økt betydelig. Insidensraten i denne rapporten er beregnet som antall nye tilfeller per 100 000 personår for hvert kalenderår i perioden 1970–2021(...)».*

---

<sup>6</sup> [Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm \(IS-2971\)](#)

<sup>7</sup> [Kreftkirurgi i Norge - IS 2284](#)

<sup>8</sup> [Årsrapport for tykk- og endetarmskreft 2021](#)

	Mo i Rana	Sandnessjøen	Helse Nord	Norge
<b>Kreftregisteret Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft Årsrapport 2021 (2017-2021)</b>	N=94	N=44	N=1 070	N=10 504
Metastaser oppstått 5 år etter primæroperasjon 2017-2021 Måltall <15 %	10,8 %	12,4%	15,3 %	13,8 %
Dødelighet 100 dager etter operasjon (akutt og elektiv) 2017-2021 Måltall ≤ 3 %	4,5 %	5,1 %	3,0 %	3,1 %
5 års relativ overlevelse etter operasjon 2017-2021 Måltall ≥80 %	97,4 %	96,1 %	91,8 %	89,8 %

Tabell 1 Kvalitetsindikatorer som er publisert i Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, årsrapport 2021, Kreftregisteret. Viser resultat for samlet 2017-2021.

Resultater fra sykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen er vist og sett opp mot resultater fra Helse Nord samlet og landet forøvrig.

I tillegg har vi Norsk register for Gastrokirurgi (NoRGast), hvor UNN har det administrative ansvaret for registeret mens fagrådet, som er sammensatt av representanter fra alle universitetsklinikkene i Norge, har det faglige ansvaret.

	Mo i Rana	Sandnessjøen	Helse Nord	Norge
<b>NorGast Norsk register for gastrokirurgi Årsrapport 2020 (2018-2020)</b>	N=78	N=24		
Andel pasienter operert med laparoskopi 2018-2020 ECOG 0,1 Måltall > 70 %	86 %	90 %		
Andel med sårruptur 2018-2020 Måltall ≤ 3 %	9 %	0 %		3 %
Andel relaparoskopier 2018-2020 Måltall ≤12 %	14 %	10 %		10 %
Andel konvertert til åpen kirurgi 2018-2020 Måltall <10 %	21 %	26 %		10 %
Andel anastomoselekkasje 2018-2020 Måltall <5 %	6 %	5 %		4 %
Komplikasjoner godartet opr.	3 %	25 %		15 %

Acc ≥ 3 <sup>9</sup> 2018-2020				
Komplikasjoner ondartet opr. Acc≥3 2018-2020	18 %	12 %		14 %

Tabell 2 Kvalitetsindikatorer fra Norsk register for gastrokirurgi – NoRGast - årsrapport for 2020. Viser resultat samlet for 2018-2020.

## Sentrale faglige forutsetninger knyttet til den samlede gastrokirurgiske virksomheten i Helgelandssykehuset

### ***Kvalitet i pasientforløpet for pasienten***

Pasientens opplevelse av behandlingsresultatet er et sentralt mål for kvaliteten av helsetjenesten, og Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft begynte å registrere pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (pasientrelaterte utfall (PROM) og pasientenes opplevelse og tilfredshet med helsetjenesten (PREM) i 2021.

Pasientene er ofte mest opptatt av de primære målene som er direkte relatert til sin sykdom, i dette tilfellet tykktarmskreft. Det å få beskjed om kreftdiagnosen er en alvorlig hendelse i livet for de fleste, og spørsmål som er viktig for pasienten kan være:

- Hvor dødelig er tykktarmskreft?
- Hvor lenge kan jeg leve med tykktarmskreft?
- Kan jeg bli frisk av tykktarmskreft?
- Vil jeg overleve behandlingen?
- Vil jeg unngå de alvorlige kirurgiske komplikasjoner?

Dette er alle viktige spørsmål som har betydning for pasienten, og for å gi mer informasjon er det utarbeidet egne nettsider med pasientinformasjon<sup>10</sup> om hva som skjer etter påvist diagnose, og hvilken utredning og behandling som følger. Disse tekstene er også et ledd i at pasienten skal bli satt i stand til å ta informerte valg om egen behandling.

### ***Kvalitet i pasientforløpet for det tverrfaglige teamet***

Kvalitet i hele pasientforløpet er avgjørende for et tilfredsstillende resultat av selve operasjonen også før og etter operasjonen. Systematisk kvalitetsarbeid må være integrert og prioritert i den daglige virksomheten. Virksomheter som tilbyr kreftkirurgi bør ha fast ansatte og kvalifiserte kirurger, anestesileger og sykepleiere i døgnkontinuerlig vakt samt intensivkapasitet med nødvendige ressurser til å ta hånd om komplikasjoner som kan oppstå. Helgelandssykehuset har regelmessige tverrfaglige møter (multidisiplinære team (MDT) med Nordlandssykehuset Bodø og UNN Tromsø for å diskutere best mulig behandling for disse pasientene, og sikre at spesialiteter som de ikke har selv deltar og gir sine innspill. Et eksempel på dette er blant annet onkologer.

En gastrokirurg som skal operere tykktarmskreft er avhengig av å kunne diskutere bilder hvor begge (radiolog og kirurg) ser samme bilde samtidig.

<sup>9</sup> ACC (Accordion Severity Gradng of Postoperative Complications) er et mål på alvorlighetgrad av komplikasjoner som kan oppstå som følge av kirurgiske inngrep. Skalaen går fra grad 1-6, der 1 er milde komplikasjoner og 6 er død. NoRGast registrer komplikasjoner fra Acc grad 3 (alvorlig, krever invasiv prosedyre), til Acc grad 6.

<sup>10</sup> [Pasientinformasjon tykk og endetarmskreft \(unn.no\)](https://www.unn.no/pasientinformasjon-tykk-og-endetarmskreft)



Videre redegjøres det for hovedtrekkene i tykktarmskreftpasientforløpet i fasen før operasjon - det kirurgiske inngrepet og etter operasjon (fase 1, 2 og 3). Redegjørelsen baserer seg på anbefalingene i det nasjonale handlingsprogrammet for tykk- og endetarmskreft, og beskriver hvordan ressursituasjonen i Helgelandssykehuset er knyttet opp mot anbefalingene. Opplysningene er kvalitetssikret av administrativ ledelse ved Helgelandssykehuset.

### **Fase 1**

#### *Før operasjon:*

I forkant av operasjonen skal pasienten snakke med ansvarlig overlege/operatør, sykepleier, anestesilege, og ved behov ernæringsfysiolog og stomisykepleier. Formålet er å risikovurdere indikasjon for operasjon/proseduren for å kartlegge forhold som kan kreve tiltak før inngrepet gjennomføres eller kartlegge at inngrepet ikke bør gjennomføres ved lokalsykehuset og overføre pasienten til et høyere nivå etter avtalte seleksjonskriterier.

### **Fase 2**

#### *Under:*

Operasjonsteamet består av flere profesjoner hvor kirurg, operasjonssykepleier, anestesisykepleier og anestesilege har sentrale oppgaver. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for tykk- og endetarmskreft siterer kompetansekravene for kirurger slik: «*Kirurgisk behandling av tykk- og endetarmskreft skal utføres av spesialister i gastroenterologisk kirurgi med sitt hovedvirke innen colorectalkirurgi. Institusjoner med alenespesialister eller med vikarbasert faglighet innen gastroenterologisk kirurgi bør avstå fra elektiv operativ behandling av tykk- og endetarmskreft.*»

I praksis vil dette si at mindre brøkstillinger ikke vil innfri anbefalingene, dersom ikke den resterende del av stillingen, eventuelt ved annet sykehus, innebærer at gastrokirurgen opererer tykktarmskirurgi. Vikarbasert virksomhet ikke er anbefalt.

### **Fase 3**

#### *Etter operasjon:*

Etter operasjonen bør pasienten overvåkes i ett døgn på intensivavdeling blant annet for å følge med eventuelle anestesikomplikasjoner.

En annen viktig årsak til at disse pasientene bør overvåkes på intensiv etter inngrepet er å kunne gjenkjenne og behandle eventuelle komplikasjoner som kan tilkomme raskt. Gastrokirurgien har spesielle komplikasjoner som er knyttet til tarmskjøter og mulige skader på tarm etter inngrepet. Slike skader kan gi tarmlekkasje ut i buken, og symptomene kan komme snikende. Slik lekkasje gir buksepsis (blodforgiftning med utgangspunkt i buken), og ubehandlet vil dette kunne bli livstruende for pasienten.

Helgelandssykehuset har sin rapport fra arbeidet med organiseringen laget en tabell med forløpsbeskrivelse *Tarmkirurgi ved Helgelandssykehuset* hvor det ligger lenker til alle aktuelle prosedyrer fra henvisning til utskrivning av pasient (vedlegg 3, s. 9).

## **Kapasitet og bemanning**

### *Ressurser i Helgelandssykehuset ved sykehusene i Sandnessjøen og Mo i Rana*

Som vist over i de ulike fasene før, under og etter operasjon, er det helhetlige pasientforløpet sammensatt av et tverrfaglig team som har ulike oppgaver. Til sammen skal dette bidra til å sikre et best mulig kvalitativt resultat for pasientene. Videre redegjøres det for ressursituasjonen i Helgelandssykehuset. I del en for legene og i del to for sykepleierne.

### **Del 1. Leger**

Tabell 3 viser hvilke fast ansatte spesialister som kan operere tarmkreft i dag.

<b>Ressurser per april 2022</b>	<b>Helgelandssykehuset Mo i Rana</b>	<b>Helgelandssykehuset Sandnessjøen</b>
Gastrokirurger som opererer tykktarmskreft	En i 100 %	En i 83 %
Generelle kirurger som opererer tykktarmskreft	En i 20 %* og en i 80 %	To, samlet 200 %**

\*per tiden i 80 % permisjon fra Helgelandssykehuset til 1. juli. Har gjennomført alle læringsmål og søkt godkjenning i spesialiteten gastrokirurgi.

\*\* Det startes prosess med å søke spesialistgodkjenning for disse.

*Tabell 3 Ressursoversikt fast ansatte kirurger i Helgelandssykehuset per april 2022*

Ved sykehuset i Mo i Rana vil det fra sommeren 2022 være to gastrokirurger som kan operere tykktarmkreft. En av de generelle kirurgene er ferdig med sitt utdanningsløp og kommer tilbake til sin stilling i Helgelandssykehuset 1. juli 2022 (se tabell 3\*).

### **Leger i spesialisering (LIS3) i eksternt utdanningsløp for å bli gastrokirurg som etter planen kommer til Helgelandssykehuset**

<b>Ressurser under utdanning LIS3</b>	<b>Helgelandssykehuset Mo i Rana</b>	<b>Helgelandssykehuset Sandnessjøen</b>
	To, samlet 200 %	To, samlet 200 %

*Tabell 4 Ressursoversikt LIS3 i Helgelandssykehuset per april 2022*

Sykehuset i Sandnessjøen har to LIS3-leger, hvorav den ene er forventet å være ferdig spesialist i gastrokirurgi ved årsskiftet 2022/23, og den andre ved utgangen av 2024.

Sykehuset i Mo i Rana har to LIS3-leger hvorav den ene som har ett til to år igjen for å få gjennomført de obligatoriske læringsmålene ved et universitetssykehus er tilbake i Helgelandssykehuset i løpet av sommeren 2022, mens den andre har inntil tre år igjen.

Helgelandssykehuset har planlagt for å organisere aktiviteten slik at alle kirurgene i Helgelandssykehuset kan benyttes til de kompetansestabiliserende operasjonene, det vil si godartede operasjoner som krever mye av den samme kompetansen. Dette er tenkt gjennomført ved å tilby fleksible ordninger der alt nødvendig helsepersonell får mulighet til å arbeide på begge sykehus for å øke eller stabilisere sin kompetanse.

### *Vurdering*

Helgelandssykehuset innfrir fra sommeren 2022 i Mo i Rana og fra årsskiftet 2022/2023 i Sandnessjøen de nasjonale anbefalingene for gastrokirurgisk kompetanse ved at begge sykehus vil ha to fast ansatte gastrokirurger som kan operere tyktarmskreft.

Frivillig bruk av ambulering mellom de ulike lokalisasjonene kan bidra til å styrke fagmiljøer ved mindre sykehus men så langt har man ikke lyktes med å få dette til innenfor gastrokirurgi internt mellom de to aktuelle sykehusene i Helgelandssykehuset.

### **Vaktberedskap for generell kirurgi med akuttberedskap i Helgelandssykehuset per april 2022**

Strukturvedtaket angir at det skal være akuttberedskap for generell kirurgi ved sykehusene i Sandnessjøen og Mo i Rana. Videre redegjøres det for tilgjengelige ressurser, og ressurser som etter planen vil komme på plass, men som det er noen grad av usikkerhet knyttet til.

- Sandnessjøen
  - o Spesialist i gastrokirurgi to personer (1x 83 %, 1x 5 %) samlet 88 %.
  - o Spesialist i generell kirurgi tre personer 300 %.
- Mo i Rana
  - o Spesialist i gastrokirurgi én person 100 %
  - o Spesialist i generell kirurgi (3x100 %, 1x80 % og 1x20) % samlet 400 %

Som vist i oversikten over om LIS3-leger i utdanningsløp for å bli gastrokirurg som etter planen kommer til Helgelandssykehuset, vil sykehuset i Sandnessjøen styrke sin vaktberedskap med en gastrokirurg fra årsskiftet 2022/23.

Som omtalt er en av de generelle kirurgene ferdig med sitt utdanningsløp som spesialist i gastrokirurgi og tilbake i Helgelandssykehuset igjen til sommeren.

De samlede ressurser for å opprettholde akutt vaktberedskap for generell kirurgi i tråd med strukturvedtaket blir da som følger:

- Sandnessjøen 483 % fra årsskiftet 2022/2023
- Mo i Rana 580 % fra sommeren 2022

### *Vurdering*

Begge sykehus har bemanning for å opprettholde en vaktlinje. Det er flere LIS3-leger under utdanning som etter plan vil komme tilbake til Helgeland litt frem i tid. Det vil fortsatt være behov for innleie av vikarer i perioder med ferieavvikling mm.

Helgelandssykehuset har presisert at de vil benyttet vikarer som har nok volum og god nok kompetanse, og vil tilstrebe å bruke faste vikarer. De benytter i dag vikarer både fra UNN og Nordlandssykehuset. Det vil være klokt å benytte en proktor (erfaren lege) initialt etter tilbakeføringen. Både for å kvalitetssikre indikasjon og for å observere under operasjonene.

### **Del 2. Sykepleiere**

Kravet i de nasjonale anbefalingene (IS-2284) for tarmkreftkirurgien er intensivenhet med døgntilbud. Tabellen nedenfor viser status per februar 2022.

<b>Ressurser</b>	<b>Helgelandssykehuset Mo i Rana</b>	<b>Helgelandssykehuset Sandnessjøen</b>
Antall spesialsykepleiere/ sykepleiere per februar 2022	26 intensivsykepleiere 1 anestesisykepleier 6 sykepleiere	11 intensivsykepleiere 2 anestesisykepleiere 14 sykepleiere 1 barnesykepleier
Antall årsverk per februar 2022	23,4 årsverk dekkes av spesialsykepleiere	10,45 årsverk dekkes av spesialsykepleiere

Tabell 5 Ressursoversikt sykepleiere/ spesialsykepleiere ved intensivavdelingen per februar 2022

### Vurdering

Helgelandssykehuset innfrir den nasjonale anbefalingen om døgnbemannet intensivavdeling ved begge sykehusene, men antallet spesialsykepleiere er lavere ved sykehuset i Sandnessjøen enn ved sykehuset i Mo i Rana, jmfør oversikten i tabell 5.

Helgelandssykehuset har anført at den samlede bemanningssituasjonen for den kompetansen som kreves for håndtering av tarmkreftpasienter er tilstrekkelig for hele pasientforløpet i Mo i Rana. Hovedargumentet for å anbefale denne lokasjonen er at intensivavdelingen der er mer robust for å ivareta pasientene etter operasjonene. Et faglig fremført motargument er at disse pasientene i utgangspunktet ikke er definert som tunge intensivpasienter dersom komplikasjoner ikke oppstår. Normalt overvåkes pasientene ved oppvåkning på intensivavdelingen, og observeres i 24 timer før de flyttes til sengepost. Ved mindre sykehus har det også betydning hvilken kompetanse som er tilgjengelig på sengepostene for hvor raskt pasientene kan tas imot etter operasjon.

På den annen side er det grunn til å legge vekt på intensivkapasiteten. Som tidligere anført kommer den gastrokirurgiske komplikasjonen som kan være livstruende for pasienten ofte snikende, og en slik situasjon krever intensiv behandling en sengepost ikke har kompetanse til, og det inntil pasienten så raskt som mulig blir operert og kilden til buksepsis stoppet. Det postoperative forløpet med komplikasjoner er ikke enkelt og krever intensivovervåkning hvor respiratorbehandling ofte kan bli påkrevd.

Helgelandssykehuset har i sin anbefaling om Mo i Rana vektlagt bekymring for samtidighet som kan overbelaste evnen til å håndtere andre pasientgrupper med behov for intensivbehandling i Sandnessjøen, og at fagmiljøet her blir for sårbart, eksempelvis også ved fravær og ferie med dagens kapasitet og bemanning. Begrunnelsen er at tilgjengelige ressurser må ha beredskap også for annen, uplanlagt akutt operativ virksomhet og traumer. Det kan argumenteres for en rask tilbakeføring av disse operasjonene til Helgelandssykehuset i to trinn, forutsatt at robusthetskravet til intensiv vektlegges. Det vil si at trinn én tilbakeføres til Mo i Rana og at aktiviteten i trinn to flyttes til Sandnessjøen etter en styrking av bl.a. intensivkapasitet.

Alternativt bør Helgelandssykehuset utfordres på hvor raskt tilstrekkelig kapasitet ved intensivavdelingen i Sandnessjøen kan bygges opp, slik at tarmkreftoperasjonene kan samles ved det nye hovedsykehuset.

Et fullverdig akutt- og gastrokirurgisk sykehus som skal operere tykktarmskreft må sikres intensive plasser som kan håndtere en respiratorpasient døgnkontinuerlig og også i helger.

## **Utdanning og rekruttering**

Covid-19-pandemien har synliggjort at alle sykehusene i Helse Nord har utstrakt bruk av innleide vikarer innen flere profesjoner og fagområder. Å rekruttere og beholde fagfolk og derigjennom redusere behovet for vikarer er utfordrende, og regionen er sårbar selv ved små utskiftninger av personell. Utfordringene med å bygge opp og opprettholde funksjoner og robuste fagmiljø ved de minste sykehusene synes ytterligere større, fordi minimums opptaksområde for sykehusene må veies mot avstanden til nærmeste alternative sykehus.

### **Leger**

Etter obligatorisk LIS1 tjeneste (tidligere turnustjeneste) skal lege under utdanning til gastrokirurg gjennomføre en felles generell kirurgisk modul (LIS2). Deretter følger en spesialiseringsmodul for gastrokirurgi (LIS3)

Helgelandssykehuset oppgir at de fleste læringsmål i generell kirurgi kan oppnås ved sykehusene i Sandnessjøen og Mo i Rana, men noen må videreføres til Nordlandssykehuset og UNN Tromsø for å oppnå tilstrekkelig volum på noen prosedyrer. Læringsmål innen fedme-, rektum-, nyrekirurgi og volum på tarmkirurgi ikke kan oppnås i Helgelandssykehuset. Det er derfor utarbeidet samarbeidsavtale med Nordlandssykehuset Bodø og UNN Tromsø om rotasjonsstilling til gastrokirurgisk avdeling for leger i utdanning fra Helgelandssykehuset.<sup>11</sup>

### **Vurdering**

Rekrutteringssituasjonen anses på sikt å være tilfredsstillende. Leger er i utdanningsløp og planen er å komme tilbake til Helgelandssykehuset. Det er ingen garanti for at planene ikke blir endret, men med den kunnskapen som Helgelandssykehuset har i dag er dette status. Det nærmer seg nå ferieavvikling og lavere aktivitet enn normalt i sykehusene. En realistisk dato for tilbakeføring er tidligst september 2022.

### **Sykepleiere**

Utdanning til spesialsykepleier tar ca. to år. De fleste utdannes gjennom ordningen ABIOK (utdanning i anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie), som har et begrenset antall plasser per år for helseforetakene. Helgelandssykehuset oppgir at det fra 2014 har vært 10–15 slike utdanningsstillinger tilgjengelige. Frem til 2018 ble utdanningsplassene fordelt ut fra prinsippene under, og prioritert av enhetsdirektørene, se tabell 6:

1. Sandnessjøen 4, Mo i Rana 4 og Mosjøen 2. Fordeling tok hensyn til funksjonsdeling-akutt kirurgi 24/7 og opptaksområdets størrelse.
2. Kartlegging av ansatte i det aktuelle fagområdet som er 62 år eller eldre. Dette for å erstatte naturlig avgang til pensjon.

---

<sup>11</sup> [Utdanningsplaner somatikk/Utdanningsplan for Gastroenterologisk kirurgi i Helgelandssykehuset.pdf](#)

Hvilke søkere som får studieplass styres av universitetet ut fra opptakskravene. Etter 2018 er det tildelt et økende antall kvoteplasser øremerket Helgelandssykehuset som dermed har kunnet utdanne noen flere enn tidligere.

#### **Fordeling av utdanningsstillinger ABIOK og jordmor fra 2016 til opptak januar 2022\***

Fagområde	2016	2018	2020**	Januar 2022**
intensiv	5 (3 MiR – 2 SSJ)	6 (3 MiR - 3 SSJ)	5 (3 MiR - 2 SSJ)	5 (4 MiR - 1 SSJ)
operasjon	4 (2 MiR – 1 MSJ - 1 SSJ)	1 (MiR)	4 (2 MiR - 2 SSJ)	3 (2 MiR - 1 MSJ)
anestesi	2(1 MiR - 1MSJ)	3 (2 MiR - 1 Msj)	1 (MSJ)	1 (MiR)
kreft	2 (SSJ) deltid	1 (MiR)		3 (MiR)
jordmor	1 (SSJ)	1 (MiR)		3 (1 SSJ - 2 MiR)
<b>Totalt antall utdanningsstillinger</b>	<b>14 (2 deltid)</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>15</b>

\*Skjevfordelingen er resultat av manglende søkere til de 4-4-2-plassene, at opptakskrav ikke er oppfylt eller at noen har trukket seg. Plassene blir da omfordelt innad i sykehuset om mulig etter en dialog mellom enheter/klinikker.

\*\*Ved opptak 2020 og 2022 er det gjort grundigere forarbeid for å få frem alderssammensetning, vakante stillinger og dermed framtidig behov (ved hjelp av HR-data). Enhetsdirektører/klinikksjefer har fått presentert data og har i fellesskap prioritert fordeling etter behovet og tilgjengelige søkere.

*Tabell 6 Fordeling av utdanningsstillinger ABIOK i Helgelandssykehuset i perioden 2016–januar 2022*

Helgelandssykehuset har over tid forsøkt å rekruttere personell med intensivkompetanse til sykehuset i Sandnessjøen, men oppgir fortsatt at de ikke har tilstrekkelig antall ressurser med slik kompetanse på plass. For å oppnå samme robusthet, hvis intensivsykepleierkompetanse ses isolert, må ca. ti sykepleiere gjennomføre relevant videreutdanning for å tilsvare bemanningen ved sykehuset i Mo i Rana. Alternativt må sykepleiere med denne kompetansen ansettes. Av ulike årsaker har det ikke lyktes å rekruttere intensivsykepleiere til Sandnessjøen, og sykepleiere uten videreutdanning er ansatt i de ledige stillingene. Helgelandssykehuset planlegger for systematisk å gi sykepleiere som ønsker det videreutdanning slik at kompetansen det er behov for vil være tilstede på sikt. Midler er satt av til dette formålet og økt de siste årene. Det er også aktiv innsats for å rekruttere intensivsykepleiere til sykehuset i Sandnessjøen.

#### *Vurdering*

En del av argumentasjonen som er fremført i det offentlige ordskifte har slått fast at tap av tarmkreftoperasjonene vil svekke rekruttering og utdanning. Kirurgene vil nok hevde at de faglige utfordringene blir begrenset og mindre interessante. Helgelandssykehuset må som omtalt, sende sine kandidater til større sykehus for å få nok volum av inngrep for å tilfredsstille læringsmålene. Det er tatt stilling til at det vil være ett sykehus på Helgeland som skal operere tykktarmskreft. Helgelandssykehuset må på egnet måte sørge for at begge sykehusene har tilstrekkelig volum av andre operasjoner enn tarmkreft og arbeide aktivt for ikke å miste kompetanse som i dag er i helseforetaket.

Helgelandssykehuset må også aktivt arbeide for å rekruttere og utdanne intensivsykepleiere ved sykehuset i Sandnessjøen.

## **Betydning for akuttberedskap**

### *Akuttsykehus*

Akuttsykehus er sykehus som minst har akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi og fødeavdeling hvis geografi og bosettingsmønster, avstand til sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig. På alle sykehus med akutfunksjoner må helsepersonellet ha kompetanse til å behandle akutt syke pasienter, for eksempel pasienter med pustebesvær eller sirkulasjonsforstyrrelser. Dette forutsetter at det er anestesilege tilgjengelig. Anestesilege er også nødvendig for å opprettholde beredskap ved fødeavdeling. Dersom det ikke er anestesilege på vakt, vil det være begrenset hvilke pasienter sykehuset kan ta imot. Sykehus med indremedisinsk akuttberedskap, støttet av anestesi, vil kunne ta imot og behandle pasienter for flere akutte lidelser, for eksempel akutt pustebesvær, infeksjoner og akutt hjerneslag, som forekommer hyppig. I en befolkning med økende antall eldre er det viktig at lokalsykehusene kan gi behandling til disse pasientgruppene. Dagens tre sykehus på Helgeland defineres som akuttsykehus, hvorav sykehuset i Mosjøen har akutfunksjon i indremedisin, men ikke i kirurgi. For akutttilbudene på Helgeland vil fremtidige spesialister i akutt- og mottaksmedisin kunne bli sentrale.

Ved de aller fleste akutte kirurgiske og ortopediske tilstander har en noe tid før behandlingen må starte, slik at det er forsvarlig å sende pasienten videre til annet sykehus med nødvendig kompetanse ved behov for dette. Tilstander der tiden er kritisk er først og fremst forbundet med større blødninger eller store skader av indre organer. Slike tilstander forekommer sjelden, og mange av dem (for eksempel sprukken buk pulsåre) krever særskilt kompetanse hos det kirurgiske teamet, og kan ikke behandles på mindre lokalsykehus. Rask tilgang til kompetent bil-, båt- eller luftambulans, fortrinnsvis legebemannet, vil være det viktigste tiltaket for å redusere risiko for død eller varig skade i de mest tidskritiske situasjonene.

All akutt tarmkirurgi er knyttet til vesentlig økt risiko for komplikasjoner og død sammenlignet med elektive inngrep. Optimal organisering av denne type akuttkirurgi bør ifølge årsrapport for nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft 2020, også omfatte tilstrekkelige ressurser for anestesi- og intensivbehandling og radiologi i tillegg til det kirurgiske tilbudet. I Helse Nord er anbefalingene ivaretatt ved at slike inngrep gjennomføres ved sykehusene i Tromsø og Bodø. Helgelandssykehuset har ivaretatt dette med tydelige retningslinjer i den faglige utredningen (vedlegg 2). Det medfører i praksis at pasientene må stabiliseres ved lokalsykehuset og uten opphold overføres til videre behandling på et høyere nivå. Dette gjelder også pasienter med høy operasjonsrisiko. Unntaksvis har slike operasjoner blitt gjennomført ved Helgelandssykehuset, men da i samråd med Nordlandssykehuset eller UNN.

Det anslås at 60–70 % av pasienter som innlegges akutt i sykehus har en indremedisinsk tilstand.<sup>12</sup> I denne pasientgruppen er de fleste eldre, og mange står på flere ulike medikamenter. Mange av pasientene lider av vanlige og tidskritiske sykdommer som KOLS, hjertesvikt, infeksjoner og diabetes. Blant disse pasientene er det høyere forekomst av demens og forvirringstilstander. Det betyr også at det er indremedisinske pasienter som utgjør størst volum for akutfunksjonen ved sykehusene.

---

<sup>12</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kvalitetskrav-for-somatiske-akuttmottak>

### *Vurdering*

I Helse Nord er det flere lokalsykehus som ikke utfører tarmkreftoperasjoner. Likevel har disse lokalsykehusene god akuttberedskap i indremedisin og kirurgi, og fødeavdeling. For å ivareta kunnskap og trening i stabiliserende traumebehandling, gjennomføres regelmessige kurs og øvelser i alle akuttisykehus i tråd med anbefalingene i nasjonal traumeplan. Kursing og oppfølging koordineres av de regionale traumekoordinatorene.

Generell akuttberedskap er ikke avhengig av at det gjennomføres tarmkreftkirurgi på Helgeland. Det er kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi som 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.

Helgelandssykehuset skal utvikle og drive to akuttisykehus. All kirurgisk aktivitet som utføres på de to sykehusene må derfor legges til rette for gode utviklings- og rekrutteringsmuligheter begge steder gjennom godt samarbeid. Ved en gjennomtenkt organisering av kirurgisk aktivitet, vil begge akuttisykehusene på Helgeland kunne være gode akuttisykehus, selv det ene uten tarmkreftkirurgi.

Helgelandssykehuset må ha planlagt kirurgi av tilstrekkelig omfang. Det vil også være nødvendig med videreutdanningstiltak og hospiterings- og ambuleringsordninger for å vedlikeholde kompetansen i akuttmedisin. Helgelandssykehuset har redegjort for hvordan de tenker seg å organisere dette i sine styresaker 2-2022 og 17-2022. Det bør tilstrebes at anestesiberedskap ses i sammenheng med beredskap for luftambulansetjenesten, fordi kombinasjonsstillinger hvor luftambulansetjeneste utgjør deler av stillingen og resterende del inne i sykehus, har vist seg å være rekrutterende.

### ***Oppgavedeling i kirurgisk virksomhet***

I Helgelandssykehusets nedslagsfelt er det årlig omkring 30–40 aktuelle planlagte pasienter som må gjennomgå tarmkreftoperasjoner. Antallet og volumet av pasienter er tilstrekkelig for å tilbakeføre operasjonsaktiviteten til Helgelandssykehuset forutsatt nasjonale og lokale anbefalinger følges og operasjonene samles ett sted. De akutte gastrokirurgiske pasientene skal som tidligere beskrevet behandles ved Nordlandssykehuset Bodø eller UNN Tromsø.

Styret i Helgelandssykehusets vedtok i sin *styresak 17-2022 Tarmkreftkirurgi - tilbakeføring til Helgelandssykehuset* (Helgelandssykehusets styremøte 15. mars 2022) å samle tarmkreftoperasjonene ved sykehuset i Mo i Rana, og samtidig at øvrige planlagte bukoperasjoner i hovedsak skal samles ved sykehuset i Sandnessjøen. Sykehuset i Sandnessjøen vil da samlet over tid få et bredt spekter av kirurgisk virksomhet; benign (godartet) gastrokirurgi, plastikk kirurgi, urologi, øre-nese-hals og øyesykdommer. Med denne oppgavedelingen er hensikten å ivareta at begge sykehusene skal få tilstrekkelig kirurgisk virksomhet for å opprettholde kompetanse og akuttisykehusfunksjoner samtidig som strukturvedtaket anfører at hovedsykehuset skal den bredeste fagporteføljen.

I Helgelandssykehusets rapport fra arbeidet med nødvendig kvalitetsforbedring og ny organiseringen for å tilbakeføre tarmkreftoperasjoner (vedlegg 2) beskrives tiltak for å



sikre kompetanse blant annet i form av en konkret plan for regelmessig hospitering ved UNN og Nordlandssykehuset. Kirurger, anestesileger og intensiv- og anestesisykepleiere vil få tilgang til større fagmiljø, og det vil kunne bidra til økt samarbeid på tvers av sykehusene i regionen.

#### *Vurdering*

Styret i Helse Nord har bedt om ytterligere utredning av sentrale faglige forutsetninger knyttet til den samlede gastrokirurgiske virksomheten i Helgelandssykehuset HF. Dette før styret skal ta sin endelige beslutning om fremtidig funksjonsdeling av tarmkreftkirurgi og ved hvilket sykehus disse operasjonene skal utføres. Sakens formål så langt, basert på informasjon fra Helgelandssykehuset, har vært å presentere en oversikt over hvilke ressurser Helgelandssykehuset har tilgjengelig per april 2022, og hvilke ressurser primært på legesiden som vil komme etter hvert, men også vektlagt betydningen av intensivkapasitet og øvrige fagdisipliner for å sikre helhetlige og gode pasientforløp.

#### **Betydning for hovedsykehuset**

Helgelandssykehusets har i sin faglig strategiske utviklingsplan fulgt føringene som er lagt i foretaksprotokollen når det gjelder funksjonsdeling, se figur 1. Faglig strategisk utviklingsplan ble godkjent i styret i Helgelandssykehuset 17. juni 2021 og tatt til orientering i styret i Helse Nord RHF 30. juni 2021 (jf. *styresak 92-2021 Nye Helgelandssykehuset – Konseptfase steg 0 - bærekraftanalyse, faglig strategisk utviklingsplan og tomteutredning*). I *styresak 109-2021 Nye Helgelandssykehuset – føringer, begrepsavklaring og avgrensning* (styremøte 29. september 2021), gjorde styret i Helse Nord RHF ytterligere presiseringer. Det vises til vedtakspunkt 4 hvor styret vedtok følgende:

- 4. Styret anfører at nye funksjoner som hovedregel skal legges til hovedsykehuset, men forutsetter at en helhetlig vurdering der faglige hensyn og hensynet til rekruttering og stabilisering vektlegges.*

Helgelandssykehuset skal utvikle og drive to akuttsykehus. Dette betyr at aktivitet må fordeles mellom de to sykehusene slik at det legges til rette for gode utviklings- og rekrutteringsmuligheter på begge lokasjoner samt godt samarbeid.

Sandnessjøen	Mo i Rana
Indremedisin* med akuttberedskap	
Generell kirurgi med akuttberedskap	
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	
Anestesi	
Gastroenterologisk kirurgi	
Laboratoriefunksjon og blodbank	
Radiologi (vaksamarbeid m. Nordlandssykehuset)	
Psykatri (voksne og barn/unge), TSB, HAB	
Plastikk-kirurgi	Revmatologi
Rehabilitering/ <u>FMR</u>	Ortopedi med akuttberedskap
ØNH ( <u>inkl senger</u> )	
Øye	
Hud og veneriske sykdommer	
Nevrologi	
Barnesykdommer	
Urologi	
AMK	
Utdanning sykepleiere (VID)	
Utdanning medisin (6.året)**	
Hovedkontor og ledelse	

Figur 1 Funksjonsdeling i Helgelandssykehuset i tråd med strukturvedtaket

### Aktivitet i Helgelandssykehuset

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har levert data basert på NPR-uttrekk, som viser aktivitet som er gjennomført i alle de tre Helgelandssykehusene i perioden 2019–2021, se tabell 7 og 8.

Sykehus	Volum kirurgi og dagkirurgi	2019	2020	2021
Sandnessjøen	Alle opphold med kirurgisk DRG	1676	1438	1399
Mosjøen	Alle opphold med kirurgisk DRG	1105	1115	1274
Mo i Rana	Alle opphold med kirurgisk DRG	2110	1958	2063

Tabell 7 Alle kirurgiske opphold i Helgelandssykehusene i perioden 2019–2020

Tabell 7 viser at sykehuset i Mo i Rana har hatt den største kirurgiske aktiviteten i perioden 2019–2021. All kirurgisk aktivitet er inkludert, både dagkirurgi og kirurgi som medfører døgnopphold.

Sykehus	Snitt planlagte og akutte døgnopphold per år med medisinsk DRG-type for perioden 2019–2021
Sandnessjøen	3146
Mosjøen	1455
Mo i Rana	2836

Tabell 8 Snitt for alle planlagte og akutte døgnopphold per år med medisinsk DRG for perioden 2019–2021

Tabell 8 viser at sykehuset i Sandnessjøen har hatt den største planlagte og akutte aktiviteten knyttet til døgnopphold i perioden 2019–2021.

### Vurdering

Funksjonsdeling av tarmkreftkirurgi er ikke en del av strukturvedtaket. En funksjonsdeling av tarmkreftkirurgien enten ut av Helgelandssykehuset eller til sykehuset i Mo i Rana, vil fortsatt kunne innfri intensjonen og innholdet i hovedsykehuset, som på sikt vil ha den bredeste fagporteføljen. Bredde i spesialisttilbudet ved et sykehus bidrar til å gjøre sykehuset til en mer attraktiv arbeidsplass. Strukturvedtaket angir imidlertid at ortopedi skal være funksjonsdelt til sykehuset i Mo i Rana, og ved siden av dette fagområdet vil tarmkreftkirurgi utgjøre den andre virksomheten med større inngrep i Helgelandssykehuset. Dersom kirurgisk/ ortopedisk omfang vurderes isolert vil det være argumenter for å legge tarmkreftkirurgi til sykehuset i Sandnessjøen for å fordele volumet av større inngrep mellom de to akutt sykehusene. I tillegg anses tarmkreftkirurgi som en hovedaktivitet innen gastrokirurgi som naturlig vil være i et hovedsykehus.

Tabell 7 og 8 viser at dagens tre sykehus har stor aktivitet på litt ulike områder, hvilket må balanseres fremover for å sikre gode akutt kirurgiske og akutt medisinske miljøer både i Mo i Rana og i Sandnessjøen. Så er det slik at deler av aktiviteten som sykehuset i Mosjøen utfører i dag etter hvert også vil tilføres hovedsykehuset. Sykehuset i Mosjøen har i dag en fem-dagers post med betydelig elektiv kirurgisk aktivitet.

### Samlet kapasitet i regionen

I tiden Nordlandssykehuset har utført tarmkreftoperasjoner for pasienter fra Helgeland, har ventetiden for kirurgi økt, også for andre pasientgrupper, for å skape rom for kreftoperasjonene innen anbefalte forløpstider. Operasjonskapasiteten i Nordlandssykehuset har vært presset. Det samme gjelder Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) som heller ikke har tilstrekkelig måloppnåelse for pakkeforløp tykktarmskreft, men forløpstidene går nå i riktig retning. Helse Nord RHF har derfor ikke vurdert å be om å få overføre pasientene til UNN. Finnmarkssykehuset har per nå best måloppnåelse i vår region, men innfrir heller ikke måltallet for tykktarmskreft på 70 % innen anbefalte tider for hele forløpet.

Inntil det er besluttet hvor pasienter fra Helgeland endelig skal få sitt tilbud har Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF ved sykehusene i Namsos og Levanger avtalt at disse sykehusene kan operere et antall pasienter før sommeren for å bidra til at

pasienter ikke venter unødig lenge. Dette er i tråd med Helse Nord RHF sitt sørge-for-ansvar og vedtaks punkt 3 i styresak 40-2022 Tarmkreftkirurgi – tilbakeføring til Helgelandssykehuset som følger:

3. *Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør iverksette tiltak som sikrer på best mulig måte pasientforløpene knyttet til tarmkreftkirurgi frem til tilbakeføring til Helgelandssykehuset HF.*

#### *Vurdering*

Måloppnåelsen for kreftpakkeforløpene er generelt ikke tilfredsstillende i regionen og følges opp tett i dialog med samtlige helseforetakene. Ved tilbakeføring av tarmkreftoperasjonene til Helgelandssykehuset, vil operasjonskapasitet i Nordlandssykehuset frigjøres, og det forventes reduserte ventetider for disse pasientene. Helse Nord RHF anerkjenner kvalitetsarbeidet fagmiljøene og ledelsen i Helgelandssykehuset har gjort, både for å lukke avvikene fra det stedlige tilsynet i Sandnessjøen og få på plass retningslinjer som sikrer at tilbakeføring av disse operasjonene skal være forsvarlig. Både tilbakeføring til Sandnessjøen og tilbakeføring til Mo i Rana vil kunne bedre resultatene mht. ventetid for hele regionen.

#### **Ekstern vurdering**

I tråd med styrets bestilling i styresak 40-2022 vedtaks punkt 2, er saksgrunnlag med vedlegg forelagt to eksterne fag-eksperter.

2. *Styret i Helse Nord RHF ser det som nødvendig at ytterligere utredning av sentrale faglige forutsetninger knyttet til den samlede gastrokirurgiske virksomheten i Helgelandssykehuset HF kommer til styret før endelig beslutning om fremtidig funksjonsdeling av tarmkreftkirurgien inkl. lokalisering kan finne sted. Styret ber om at utredningen gjennomføres så raskt som mulig i samarbeid med Helgelandssykehuset HF og **med ekstern bistand.***

Fagekspertene fikk følgende mandat:

*«Kirurgi for ca. coli har blitt et meget ladet tema på Helgeland. Styret i Helse Nord RHF besluttet i styresak 127-2020 å midlertidig overføre disse operasjonene til Nordlandssykehuset for at Helgelandssykehuset skulle få tid og rom til å bedre kvalitetsarbeidet både på klinisk og systemnivå.*

*Styret ved Helgelandssykehuset har anerkjent kvalitetsarbeidet som har vært utført og har meldt at helseforetaket er klar til å starte opp denne kirurgiske virksomheten på en lokalisasjon. Et delt styre gikk inn for Mo i Rana for operasjon av ca.coli.*

*Styret i Helse Nord RHF har også anerkjent kvalitetsarbeidet, men ønsket også å ta stilling til hvor denne kirurgiske virksomheten skal skje. Derfor ble det bedt om en faglig vurdering som også skal inneholde en ekstern faglig vurdering.*

*Vi ber om at dere*

1. *vurderer om innholdet i utkastet til styresak med vedlegg er relevant ut fra alminnelig anerkjente faglige normer*
2. *ut fra momentene i saksutkastet og andre relevante forhold gi en vurdering av mulig lokalisasjon av operativ behandling av ca. coli ved Helgelandssykehuset.»*

Et kort sammendrag av tilbakemeldingene fra fagekspertene gjengis her:

Kreftkirurgi er den mest sentrale hovedaktiviteten i bløtdelskirurgen, og i særdeleshet innen gastrokirurgien, og det er der de faglige utfordringene først og fremst oppleves å være, rett og slett fordi kreft er en dødelig sykdom. Det er derfor rimelig at hovedaktivitet, uavhengig av mengden av denne type kirurgi, legges til hovedsykehuset. Det vil være en styrke for hovedsykehuset å ha en velfungerende kirurgisk avdeling med god kompetanse som arbeider sammen med mange andre spesialiteter i samme sykehus.

Ettersom en stor andel av befolkningen bor rundt sykehuset på Mo i Rana betyr det at flest kreftpasienter vil bli utredet ved der, få tillit til sykehuset og drifte mot å bli operert der. Det samme vil skje i Sandnesjøen, men i mindre grad fordi det bor mindre folk rundt sykehuset. Opplevelse av tilhørighet synes å gjelde spesielt for kreftkirurgipasienter, i mindre grad for tilstander som bedrer en smertetilstand eller funksjon, slik som for ortopedi og annen gastrokirurgi som f.eks. brokk.

Mo i Rana kommer vesentlig bedre ut i tilsynsrapporten og kan dokumentere noe bedre radikalitet i inngrepene som har blitt utført selv om det er registrert noe høyere komplikasjonsrate enn nasjonalt gjennomsnitt.

Det er klart at Mo i Rana innehar nå og i nærmeste framtid den kvantitative største bemanning for omhendetaking av pasienter for gastrokirurgi. Det gjelder leger og spesielt intensivsykepleier bemanning. Sykehuset har en klar mer robust intensivavdeling. Mo i Rana har kirurger som har vist at de behersker tarmkreftkirurgi og har operert vesentlig flere pasienter pr år enn Sandnessjøen og ikke drevet med sporadisk elektiv tykktarmskirurgi med små volumvolumer.

For mer detaljert informasjon se vedlegg 7 og 8.

### **Administrerende direktørs vurdering**

Få saker har fått en grundigere behandling og vært mer opplyst i Helse Nord enn denne. Det har vært flere runder både i styret i Helgelandssykehuset og i styret i Helse Nord RHF. Vi har gjennomført grundige undersøkelser og også brukt eksterne eksperter. Adm. direktør er tilfreds at saken nå er ytterligere opplyst også med flere eksterne vurderinger. Adm. direktør vurderer at tarmkreftoperasjoner bør tilbakeføres til Helgelandssykehuset for å sikre tilstrekkelig kapasitet i regionen.

Denne saken har skapt et usedvanlig sterkt engasjement for ulike løsninger. Folk på Helgeland har hatt sterke synspunkter på hvordan det offentlige helsevesenet skal organisere og lokalisere de ulike helsetjenestene.

Adm. direktør minner om hva denne saken nå gjelder – om og eventuelt hvor på Helgeland behandlingen av tarmkreft skal legges. Det er snakk om anslagsvis 30-40 pasienter i året. Med så få operasjoner, er det avgjørende at disse samles til ett sted på Helgeland for at operasjonene skal bli så trygge som mulig, jf. de nasjonale kravene til forsvarlig behandling.

Basert på tilgjengelig informasjon som ligger i saksfremlegget, fremstår det klart at sykehuset i Mo i Rana innehar nå og i nærmeste fremtid en mer robust bemanning. Dette gjelder både leger og sykepleiere. Så kan man jo spørre seg om hvorfor det er slik, men adm. direktørs vurdering her er at Helgelandssykehuset må arbeide målrettet videre fremover for å utjevne forskjellene slik at sykehuset i Sandnessjøen blir i stand til å fylle funksjonen som hovedsykehus og overta de oppgavene som over tid vil overføres fra Mosjøen og trygg tarmkreftkirurgi etter hvert.

Begge de to alternativene, Sandnessjøen og Mo i Rana, er grundig vurdert. Det er gode argumenter for begge steder. Begge steder vil kunne tilby god behandling for pasientene etter de prosessene man har vært gjennom.

Når man vurderer argumentene, ser man følgende:

#### *Tidsforskjell*

Mo i Rana vil kunne starte opp ganske raskt etter sommeren, anslagsvis fra september 2022. Sandnessjøen vil trenge noe mer tid, og kan påregne oppstart på et senere tidspunkt. Måloppnåelsen for pakkeforløp for kreft i regionen vil kunne bedres fordi Nordlandssykehuset vil få frigjort kapasitet hvis disse operasjonene tilbakeføres.

Adm. direktør vil legge vekt på at man raskt kommer i gang med tarmkreftkirurgi på Helgeland. Først og fremst er dette viktig av hensyn til pasientene.

#### *Kompetanse*

Mo i Rana har per i dag bedre kapasitet på intensiv med flere spesialsykepleiere enn Sandnessjøen og er mindre sårbart for fravær. I en periode vil også sykehuset i Mo i Rana være litt mer robust på legesiden. Helgelandssykehuset må arbeide målrettet for å utjevne forskjellene, ikke minst for å få på plass en robust og kompetent bemanning i det fremtidige hovedsykehuset. Helgelandssykehuset skal være ett sykehus med gjennomgående klinikker. Selv om man hittil ikke har lyktes med å få klinikerne innenfor dette fagområdet til å arbeide hos hverandre, må det sterkt understrekes at små fagmiljø må arbeide sammen for å være nok robust.

#### *Overføring til nytt hovedsykehus*

I henhold til strukturvedtaket skal sykehuset i Sandnessjøen bygges opp til nytt hovedsykehus med flere nye funksjoner. Helgelandssykehuset vil måtte bruke noe mer tid på å få overført oppgaver og fagområder samtidig som at de også må bygge opp tilstrekkelig og nødvendig kapasitet og kompetanse. Det vil kreve både ressurser og oppmerksomhet ikke minst for å ivareta gode prosesser rundt de ansatte som i dag arbeider ved sykehuset i Mosjøen.

#### *Det nye Helgelandssykehuset – ett sykehus på to lokalisasjoner*

Det er i tråd med strukturvedtaket vedtatt en arbeids- og oppgavefordeling mellom sykehusene. Ettersom Mo i Rana skal få ansvaret for ortopedi, tilsier det at tykkertarmskreftoperasjonene bør legges til Sandnessjøen, for at de skal få tilstrekkelig med avanserte oppgaver.

### *Samlet vurdering*

En samlet vurdering gjør at adm. direktør går inn for et to-trinns vedtak. Mo i Rana starter opp med tarmkreftoperasjoner fra høsten 2022. Denne behandlingen overføres til sykehuset i Sandnessjøen når Sandnessjøen er klar for å motta disse pasientene – fortrinnsvis i 2024. Helgelandssykehuset HF må gjøre en ny vurdering av faglig forsvarlighet, kompetanse og kapasitet på kirurgisk avdeling og intensiv avdelingen i hht nasjonale krav før en beslutning om overføring av kirurgisk behandling av tarmkreft til Sandnessjøen kan iverksettes.

Adm. direktør mener at dette er den beste løsningen som ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet på nåværende tidspunkt. Dette er en balansert løsning. Den vil gi de viktigste her – pasientene – et behandlingstilbud nærmere der de bor. Samtidig vil den gi en fornuftig deling av tyngre oppgaver ved de to lokalitetene til det nye hovedsykehuset.

Nå er det viktig å avgjøre om og hvor behandlingen skal legges, slik at vi kan komme videre. Helgelendinger bør igjen få dette behandlingstilbudet i sin egen region. Det vil også avlaste spesielt Nordlandssykehuset og bidra til å øke kapasiteten på gastrooperasjoner i Nord-Norge og dermed også bidra til å redusere køen og bedre måloppnåelsen på denne typen operasjoner i hele landsdelen.

### **Forslag til vedtak**

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF er tilfreds med at saken nå er ytterligere opplyst.
2. Styret i Helse Nord RHF ber om at Helgelandssykehuset iverksetter en tilbakeføring av tarmkreftkirurgi i to trinn. Først til sykehuset i Mo i Rana og deretter til det nye hovedsykehuset i Sandnessjøen etter en ny vurdering av faglig forsvarlighet, kapasitet og kompetanse ved de berørte kliniske avdelingene.
3. Styret i Helse Nord RHF ber om at adm. direktør innkaller Helgelandssykehuset til foretaksmøte for å formalisere tilbakeføring av tarmkreftkirurgi fra september 2022, og videre overføre denne virksomheten til hovedsykehuset når forholdene ligger til rette for det i løpet av 2024.
4. Styret forutsetter at Helgelandssykehuset organiserer virksomheten ved klinisk samarbeid i den gjennomgående klinikkstrukturen som ett sykehus.

Bodø, 15. juni 2022

Cecilie Daae  
administrerende direktør

## Vedlegg:

1. [Helgelandssykehuset ekstraordinært styremøte 9. februar, sak 2-2020-Tarmkreftkirurgi - organiseringen ved en tilbakeføring til Helgelandssykehuset](#)
2. [Tarmkreftkirurgi rapport fra arbeidet med organiseringen ved en tilbakeføring til Helgelandssykehuset \(februar 2022\)](#)
3. [Rapport fra intern arbeidsgruppe med vedlegg, juni 2021](#)
4. [Helgelandssykehuset ekstraordinært styremøte 15. mars 2022, sak 17-2020-Tarmkreftkirurgi- tilbakeføring til Helgelandssykehuset](#)
5. [Sluttrapport-fra-ekstern-faggruppe-kvalitetskontroll av den kirurgiske behandlingen av pasienter med tykktarmskreft ved Helgelandssykehuset i perioden 2016-2019- offentlig utgave](#)
6. Funksjonsdeling av kreftkirurgi i Helse Nord (*vedlagt nedenfor*)
7. Nils Sletteskog: Ekstern fagleg vurdering av kirurgi ved tjukktarmskreft ved Helgelandssykehuset
8. Hans H. Wasmuth: Pro et contra



## Vedlegg 6

Funksjonsfordeling av kreftkirurgi											
	Finnmark	Finnmark	UNN	UNN	UNN	NLSH	NLSH	NLSH	HSYK	HSYK	HSYK
	H.fest	K.nes	Tromsø	Harstad	Narvik	Bodø	Vest.	Lofo.	MiR	S.sjø	Mosjøen
Endetarm			x			x					
Tykkertarm	x		x	x		x			x	x	
Mavesekk			x								
Prostata			x			x					
Blære			x			x					
Skjoldbruskkjertel			x			x					
Bryst, hvor det er indikasjon for us. av vaktpost-lymfeknute (mistanke om spredning)			x			x					
Høyrisiko kreft i livmorslimhinnen			x								
Eggstokkcystrer med risikoscore (RMI) lik eller høyere enn 200			x								
Kreft i livmorhalsen			x								
Kreft i ytre kjønnsorganer (vulva)			x								
Spiserør			x								
Bukspyttkjertel			x								
Lever (unntatt ad hoc kile-sreseksjon)			x								
Retroperitonealt glandeltoalett ved testikkelkreft			x								
Binyre			x								
Nevroendokrine svulster			x								
Bløtdelssarkomer			x								
Lungekreft			x			x		x			

Ekstern fagleg vurdering av kirurgi ved tjukktarmskreft ved Helgelandssykehuset.

Ein viser til brev av 23.05.22 med gitt oppdrag, og tilsendt utkast til styresak (med vedlegg).

Oppdraget er:

1. Vurdera om innhaldet i utkast til styresak (med vedlegg) er relevant ut frå alminnelege anerkjente faglege normer
2. Gje ei pro et contra vurdering av dei to alternativ for lokalisering av kirurgisk behandling av tjukktarmskreft ved Helgelandssykehuset, og ev. kva som manglar for å gje eit godt nok tilbod til befolkninga på Helgeland.

1. Det er i dok. ikkje eintydig om tilbakeføring også gjeld kir. beh. av endetarmskreft, men eg får opplyst av fagdir. Tollåli at det berre er tjukktarmskreft som er aktuelt, beh. av ca. recti er allerede sentralisert. Ein får også opplyst at nedslagsfeltet for Helgelandssykehuset samla er 76 000.

Utkastet til styresak ser grundig og godt gjennomarbeidd ut, men det er prega av tiltak som openbart har ønske om å imøtekoma flest mogleg uten at realitet av avgrensa befolkningsgrunnlag og rel. få inngrep pr. år tar diskusjon om det er behov for anna tenking enn at avgrensa kirurgiske oppgåver skal delast på to sjukehus. Kompenserande tiltak vektlegg fleksibel bruk av personell på dei to sjukehus i Helgelandssykehuset, og hospitering på Nordlandssykehuset og UNN. Dette er vel og bra, men realitet vert dessverre svært ofte ved slike ordningar, at dei ikkje vert velfungerande i praksis. Ein vil elles visa til kommentarar i siste del av mi vurdering.

Eg viser elles til vedlegget med Sluttrapporten frå oppnemnde fagpersonar av 08.01.21, eg vil fullt ut slutta meg til konklusjonane i den.

Under «Vurdering» i slutten av Utkast til styrevedtak, er det opna for at dersom tarmkreftkirurgien vert tilbakeført til sjukehuset i Mo i Rana som også har ortopedien i Helgelandssykehuset, og det viser seg at volumet av større operative inngrep der blir for stort i forhold til kapasitet, kan det i neste omgang bli behov for å leggja tarmkreftkirurgien til Sandnessjøen sykehus.

Dette vil eg tru er uheldig tilnærming. Det sjukehus som frå omlag 01.09.22 får tilbakeført tarmkreftkirurgien, må vera sett i stand til å ta den på fullgod måte inntil det ev. skjer avgjerande endringar av fagleg art som gjer flytting av aktiviteten til anna sjukehus (i el. utafor Helgelandssykehuset) naudsynt. Viss så ikkje blir gjort, vil eg tru det er stor sjanse for at Helgelandssykehuset kan oppleve ny og opprivande strid om/når slik flytting skulle bli aktuell.

## 2 Helgelandssykehuset Mo i Rana:

Pro: a) Kjem vesentleg betre ut i tilsynsrapport og sluttrapporten av 08.01.21 frå fagpersonar.

b) Opererte vesentleg fleire pas. pr. år enn Sandnessjøen gjorde i vurdert periode

c) Oppnådde noko betre radikalitet i inngrepa gjennomført i perioden.

d) Klart meir robust intensivavdeling

Contra:

- a) Marginal kirurgbemanning for å ha kontinuelleg tilbod året gjennom, manglar også ein del på formalkompetanse, realkompetanse er vanskeleg å sei nok sikkert om. Arbeid pågår for å styrka kompetanse, noko usikkert ligg i dette.
- b) Gjennomgang av gjennomførte tarmkreftinngrep før okt. 20 viste noko høgare komplikasjonsrate (18%) enn norsk gjennomsnitt (14%) ved aktuelle inngrep.
- c) Høg konverteringsgrad (21%), (gj.sn. Norge 10%), men fagleg gjennomgang meiner det skulle vore konvertert fleire gonger i registreringsperiode.

Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Pro:

- a) Er utpeika som Hovedsjukehus på Helgeland. Det betyr iflg. Styret i Helse Nord ikkje at tarmkreftkirurien må liggja der, men det vil vera styrke for sjukehus med mange funksjonar å ha velfungerande kir. avd. med god kir. kompetanse i samme sjukehus, dette er opplagt for underteikna som arbeider i sjukehus med mange spesialitetar, og der ein ser denne verdi i mange situasjonar.

Contra:

- a) Med mindre den kirurgiske kompetanse for tarmkreftkirurgi er markant betra frå tida før oktober 20, tyder gjennomgangen av den kirurgiske gjennomføring av tarmkreftkirurgien i registret periode på utilstrekkeleg kompetanse ved inngrepa med for dårleg radikalitet og kvalitet.
- b) Få gjennomførte inngrep pr. år i registreringsperioden.
- c) Svært høg konverteringsgrad (26%), men fagleg gjennomgang i reg. perioden meiner det skulle vore konvertert i fleire av dei gjennomførte inngrep enn det som vart gjort.
- d) Klart dårlegare intensivkapasitet enn MiR.
- e) Marginal kirurgbemanning for å oppretthalda kontinueleg tilbod, dette er i prinsipp likt for begge sjukehus.

Det er angitt at behov for kir. beh. av tjukktarmskreft i Helgelandssykehusets nedslagsfelt er 30-40 radikaloperasjonar pr. år, det kan stemma med befolkningsgrunnlag på om lag 76 000 der endetarmskreft allerede er sentralisert til Bodø og Tromsø.

Både befolkningsgrunnlag og antal inngrep/år, tilseier eintydig at ved tilbakeføring av denne kirurgi til Helgelandssykehuset, må den samlast på eit sjukehus. Og på dette befolkningsgrunnlag er det etter mitt syn, svært uheldig for kvaliteten på det samla gastrokirurgiske tilbod på Helgeland, om ein berre har tjukktarmskreft og akuttkir. tilbod på eit sjukehus, og har berre benign gastrokirurgi (inkl. kirurgi for inflammatorisk tarmsjukdom) og akuttkir. på det andre. På befolkning på om lag 76 000, er behov for kir. behandling ikkje større enn at det gjev grunnlag for ein velfungerande kir. avd. Det vil ikkje vera å svikta sørge for ansvaret til det regionale HF. Organisering som foreslått i utkast vil gjera drift urasjonell og fagleg utilfredstillande med rel. lågaktivitet på begge sjukehus. Det vil også vanskeleggjera rekruttering og å kunna halda på gode fagpersonar. Utdanningstilbod for LIS2/3 vil også bli dårlegare. Tanken på å organisera bl.a. legetenesta slik at personell på begge sjukehus får tilbod om å arbeida på begge sjukehus for å kompensera, kan virka bra på papiret, men blir utfordrande å få til å fungera.

Det er ikkje vanskeleg å sjå utfordring i å behalda to kirurgiske avdelingar med akuttberedskap på så avgrensa befolkning. Eg er sterkt i tvil om det vil kunna oppnå og å behalda den faglege kvalitet som er hovedpoenget i denne sak. Det faglege oppdraget gjev ikkje rom for meir enn ein avdeling som kan ha utsikt til å rekruttera og å halda på gode fagpersonar som er avgjerande føresetnad for fagleg kvalitet.

Vi hadde samme utfordring i Sogn og Fjordane/ Helse Førde før 2005 der det var 3 kir. avd. på omlag 109 000 menneske. Den endring som då vart gjort, var avgjerande for å utvikla eit fagleg sterkare tilbod med volum som var viktig for å utvikla tilbodet til dagens krav.

Eg kan/skal ikkje sei at Helgelandssjukehuset må løysa si utfordring på samme måte som det vart gjort i Helse Førde, men uansett korleis ein organiserer seg, blir det uråd å komme bort frå utfordringa Helgelandssykehuset også vidare vil få ved berre å konstruera mindre inngripande løysingar som vanskeleg vil kunna fungera i praksis.

Førde 03.06.22

Nils Sletteskog

(spes. gen. og gastroent. kir.)

overlege/avd.sjef kir. avd. FSS

Til

Geir Tollåli  
Saksbehandler/Fagdirektør  
Helse Nord HF

«Pro et contra»

Gardermoen 28.5.22

Argumenter i vanlig font, mens forutsetninger og virkelighetsbeskrivelser skriver jeg mer i kursiv. Jeg deler argumentene i tre hovedtyper: De formale etter vedtak, de kvantitative forhold og dernest de mer kvalitative.

1. *Det er vedtatt at man skal ha et hovedsykehus, SSj og et annet fullverdig sykehus i Mo; Mir.*

Kreftkirurgi er hovedbjelken i bløtdelskirurgen, og i særdeleshet innen gastrokirurgien, og det er der de faglige utfordringene først og fremst oppleves å ligger, rett og slett fordi kreft er en dødelig sykdom. Det er derfor rimelig at hovedaktivitet, uavhengig av mengden av denne kirurgi, legges til hovedsykehuset. Viktig hovedaktivitet skal legges til hovedsykehus.

Motargumentet eller reduksjon av argumentets styrke kan være: Hevdes det at det er Helgelandssykehuset (HS) som er ett sykehus med to fullverdige sykehus på to lokalisasjoner, og hvor det ene er hovedsykehus (SSj), så reduseres det formale argumentet i styrke. På tross av hovedsykehuset har flest funksjoner mm, så er det formalt lite i veien for at det andre sykehuset (MiR) kan inneha en, i volum liten, spesialaktivitet, alle andre forutsetninger oppfylt.

Jeg holder dette nivået som utad, umiddelbart og historisk virker som det viktigste og innlysende som det minst viktige.

2. *Jeg legger til grunn saksfremleggets tall, og dernes kliniske, historiske og demografiske «tyngdelover».*

De kvantitative forhold.

Det er klart at MiR innehar nå og i nærmeste framtid den kvantitative største bemanning for omhendetaking av pasienter for gastrokirurgi. Det gjelder leger og spesielt intensivsykepleier bemanning . Dette er et sterkt argument. Dette gjelder også dersom man i tillegg trekker inn «støtte» funksjoner, *uten at jeg har tallene for det.*

Kan man hevde at Ssj vil kunne nå samme nivå? For leger ser det ut til det, men for spesialsykepleier ser det mindre lyst ut. På dette punktet vil man kunne hevde at skal Ssj være hovedsykehus kan de bare være det dersom dette problemet løses; dvs det vil må og vil bli løst snart. Realitet og idealer her kan jeg ikke vurdere.

Motargumentet er at man kan si at Ssj på tross av noe mindre kvantitet sammenlignet med MiR, så oppfyller SSj likevel kravene. Man, man vil uansett ikke

kunne si at Ssj vil framstå som robust – (beklager honnørordet her, men det passer akkurat her).

*Men: Som en ser vil en slik diskusjon kunne gå i evigheter, dens innebygde logikk er slik.*

Der det bor fleste mennesker ligger sykehusene og der vil det være flest syke. MiR har befolkningsvekst og vil få en større flyplass som understreker Mo som et økonomisk og befolkningsmessig tyngdepunkt. Det er få steder annet enn Tromsø og Bodø som opplever det i Nord Norge. Historisk skjer det i Norge en sentralisering av sykehusene, gjennom nedbygginger og med sammenslåinger (Kalnes, Mjøssykehuset, Møre og Romsdal, Arendal osv.). Det er kjent. Politiske vedtak kan nok bremse dette, men synes å være vedtak på overtid og i etterkant av tendenser som skyldes demografi og fagutvikling. Konkret vil det betyr at de fleste kreftpasienter vil bli utredet ved MiR, få tillit til sykehuset og drifte mot å bli operert der. Det vil skje på Ssj, men kvantitativt i mindre omfang (en gang i måneden) og det kan få følger. *(se scenariobeskrivelse i Kommentar)*

Opplevelse av tilhørighet gjelder spesielt for kreftkirurgipasienter, i mindre for tilstander som bedrer en smertetilstand/funksjon, slik som for ortopedi og annen gastrokirurgi som f.eks. brokk. Sykehuset som ligger ved den største befolkningen vil derfor ha større «tyngdekraft». Dette argumentet gjelder også for rekruttering av spesialister til sykehuset og til den byen der det ligger. Faktorer utenfor politikere og HF bestemmer betydelig hvor leger mm vil til og forbli. Lønn kan ikke kompensere dette fullt ut. Lønn er også et tveegget sverd.

Man må argumentere godt og grundig for at de tiltak som man vil gjøre kan kompensere og nuller ut slike faktorer, hvis man samlet lander på Ssj. Man kan også innrømme disse forholds betydning og innordne seg under det. Dvs legge tarmkreftkirurgien til MiR

Traumebehandling blir ofte trukket fram når man mangler argumenter, og avstand dukker opp som argument. Men uansett er det kortest vei til sykehus kvantitativt for de fleste fordi de bor nært sykehuset. Demografi kan det ikke argumenteres imot. Hardt skadde, godt unna sykehus vil nå stort sett bli hentet med helikopter og da fraktes de til Bodø ev sørover eller til UNN – direkte. Saksfremlegget beskriver noe av dette. Traumeargumentet har svært svak styrke for hvor kreftkirurgien skal ligge. Det er altså noen «objektive» tyngdekrefter som tilsier at de virker til fordel for MiR.

Historisk er det klart at SSj har et renommé for kreftkirurgi. SSj som navn er svekket for trygg kreftkirurgi. Fortiden er godt dokumentert. MiR skal ikke ha et slikt renommé, da deres kreftkirurgi ikke har vist tilsvarende avvik. MiR har også hatt tilfredsstillende volum og ikke drevet med sporadisk kirurgi slik det har vært drevet ved SSj- som eneste sykehus med elektiv tykktarmskirurgi på volumer +/- 10. Dette er et overordnet helsepolitisk argument som etter min mening bør tillegges vekt, når det nå skal åpnes opp.. Tillit kan være vanskelig å etablere og der den er brutt vil det kunne ta lang tid å bygge tillit.

Norge vil ha øynene rettet mot Helgelandssykehuset – og det er bra for dem og for Norge

Samlet sett, for denne typer av argumenter vil det fall til fordel av MiR som sykehuset som skal drive med tykktarmskreft kirurgi.

Det kan tillegges noe vekt at dette vil tilsi at man kan tilbakeføre kreftkirurgi til Helgelandssykehuset tidligere enn hvis man velger SSj alternativet- og at dess lenger tid det tar dess vanskeligere vil det muligens være generelt å rekruttere.

### 3. Kvalitative argumenter

*Under like forutsetninger ( dvs. optimale gode støttefunksjoner) er kirurgen den absolutt største risikofaktor for komplikasjoner og postoperativ død. Det er også slikt at det er operatøren som er den som har ansvaret. Det er ikke lenger slik at årsaker og risikoaggregeringer av slik faktorer hviler i en ullen tåke – som gitt under begrepet om «shit happens». Nå vet vi hvorfor det går galt etter operasjoner, og det skjer sjeldnere og sjeldnere. Risikofaktorer er kartlagt. Det er skjedd et stort skifte i erkjennelsen av dette forholdet, jmf Hendelsesanalyseverktøyet og Saftety Surgery.*

*Ferdigheter er Gausskurve fordelt, det gjelder også for miljøer. For Gausskurver gjelder det også at det finnes uteliggere, som det heter. Det er enkelt tilfeller som skårer langt uten for kurvene. Slike leger finnes i kirurgien («kløner» på godt norsk og som heller ikke vet det selv) og dette har ikke noe å gjøre med en volum/kvalitet diskusjon. (jmf. «flekkefjord»legen – det var ikke volum han manglet, men klinisk ferdighet og selverkjennelse.)*

*Jeg har lest ekspertrapporten for evaluering av SSj og MiR (OUS,UNN og St Olav). Den finner feil ved begge sykehus, med overvekt for SSj. Imidlertid ser denne rapporten bort fra et absolutt vesentlig moment og det er kritikkverdigg. Den tar ikke inn over seg at avviket ved SSj var systematisk, mens avvikene ved MiR er tilfeldige variasjoner, alt sammenlignet med de andre norske sykehus. Rapporten ser ikke skogen for bare enkelt trær.*

*Det dreier seg heller ikke små tall. SSj har siden 2011 hatt en postoperativ dødelighet >10%. mens MiR ikke skiller seg ut. Jeg tok dette opp i Fagrådet for Kreftregisteret i 2016 og de skulle undersøke om avviket var tilfeldig eller ikke – saken forsvant da utfør horisonten.*

*Rapporten beskriver også at operasjonstiden ved SSj var svært lang.*

*Samlet sett er det klart at kirurgene ved SSj ikke har hatt de nødvendige ferdigheter. På bakgrunn av dette (noe jeg kan utdype med tall og betraktninger fra et langt liv i norsk gastrokirurgi) vil man kunne fremme noen argumenter om kvalitet:*

MiR har allerede (pr 2020) leger som har vist at de behersker tykktarmskreft kirurgi. SSj må tilføres slike, og de kan ikke med noen styrke hevde at de leger som tidligere bedrev kreftkirurgi ved SSj fortsatt kan gjøre dette.

Argumentet om kvalitet hviler på en konkret analyse av de aktuelle enkeltspesialister i gastrokirurgi ved sykehusene og for de som må ansettes. Slik kunnskap har jeg selvfølgelig ikke for de leger som står klare til å få tilbakeført kreftkirurgien. Men kvaliteten bør sjekkes, ubehagelig for den enkelt, men for pasienten og sykehusene vesentlig.

*Argumentenes gyldighet og styrke avgjøres ved å undersøke indikatorer på kvalitet:*

- a. Konkret operasjonserfaring ved andre sykehus – tid og sted, volum som ansvarlig operatør*
- b. Samtaler med de miljøer kirurgene har arbeidet i.*

- c. *Hvorfor kirurgene ønsker å arbeide ved Helgelandsykehuset  
Hvis det er det eneste sted de kan få jobb kan det ha en grunn.*

Argumenter om sikring av tilstrekkelig og nødvendig kvalitet på kirurger er rimeligvis et noe vanskelig argument. Dokumentasjon er noe problematisk, men det er ikke problematisk å etablere en nedre grense for kvalitetsvurdering av de enkelte legene. Gjøres det vil miljøet også vurderes som tilstrekkelig for oppgaven og man velger det sykehus som har den beste kvalitet på kirurger. Hvis tilnærmet likt vil andre faktorer avgjøre, selvfølgelig.

SSj saken ble sagt å være noe å lære av. Har man faktisk lært så kan Helse Nord/HS finne ut om kvaliteten er god nok for de leger de ansetter og satser på. Man har også lært hvordan man stadig kan bli bedre. Dette tror jeg Helse Nord m.fl. har fått med seg. Men hvis ikke konkret, har man skuslet bort en historisk anledning og kun fått en tragisk lærepenge.

Hans H. Wasmuth

Spesialist i Generell og Gastroenterologisk kirurgi. Dr Philos.