

## Kort uttalelse fra avdelingsoverlege John Martin Pedersen på kirurgisk avdeling UNN Narvik:

- Aller først takk til arbeidsgruppen, som har gjort en stor jobb, som har kostet tid og resurser, hvilket vi har merket direkte det siste halvåret, siden mye tid har gått med til arbeid rundt dette, spesielt fra de direkte involverte.
- Jeg må få slutte meg til undringen fra Bengt-Ole Larsen i hans tillegg/vedlegg (pkt. 9.1), da det ikke synes nødvendig i det hele tatt ut fra argumentasjonen i utredningen ellers, å lande på forskjellige innstillinger, iallfall når det gjelder kirurgien. Det som fremføres av mindretallet og flertallet skiller seg ikke så mye at det synes nødvendig å lage to separate anbefalinger.
- Den største svakheten med hele prosjektet er etter mitt skjønn at man har fått en bestilling med ufullstendig mandat, der det skal utredes to alternativ for akuttkirurgien i Narvik, enten fortsette som nå eller redusere aktiviteten til kun å ha s.k. stabiliserings- og vurderingskompetanse og ditto funksjon, uten at det siste begrepet noen gang blir ordentlig definert. D.v.s., det defineres, jfr. pkt 5.4, men det ligger ikke noe i denne definisjonen som skulle tilsa at en med kompetanse til å stabilisere og vurdere ikke også skal kunne utføre de nødvendige inngrepene, så lenge de lokale ressursene ellers ligger til rette for det.
- Av forrige punkt følger at det oppleves fullstendig meningsløst å skulle ta imot gastrokirurgiske pasienter på avdelingen, uten å ha "lov" eller mulighet til å kunne håndtere dem definitivt (les: operativt), hvilket vi per i dag altså gjør med de fleste akutte gastrokirurgiske tilstandene. Anbefalingen fra mindretallet – med bortfall av gastrokirurgisk døgnvakt – fremstår for meg som helt tatt ut av luften og uten underbygging eller fornuftig argumentasjon. Enten har man vakt for bløtkirurgiske problemstillinger døgnet rundt, eller så har man det ikke. Det skulle ikke være ukjent for en gammel gastrokirurg som prosjektlederen, at å forhåndsutskille (fra primærhelsetjenestens side) hvilken akutt buk som er gastrokirurgisk, hvilken som er urologisk og hvilken som er karkirurgisk (eller indremedisinsk for den del), ikke lar seg gjøre i veldig mange tilfeller. Hvis man da skal ha en ordning med at pasientene skal innom Narvik for vurdering, men uten mulighet for å operere (hvis det er gastrokirurgi), vil det føre til unødvendig delay for pasienten, som da heller burde fraktes rett til Harstad. Men hvis det ikke er gastrokirurgi, vil transporten dit både være unødvendig og kanskje t.o.m. farlig, siden det vil ta lengre tid før han/hun blir operert. Jeg ser vanskelig for meg hvordan man kan både inneha og ikke minst opprettholde en stabiliserings- og vurderingskompetanse og samtidig bli nektet å gjøre noe med de vurderingene man gjør som kirurg, i form av nødvendig operativ virksomhet.
- Det er mulig man henger seg opp i tallmateriale som tilsier at det gjøres for lite, jfr. pkt. 6.3.1, s. 87, men jeg kan ikke se eller skjønne hvor disse tallene er tatt fra. Jeg har gått raskt igjennom de reelle operasjonene gjort i det året det vises til (2015), og jeg finner da følgende, i motsetning til de "3" akuttoperasjonene per måned på innlagte gastrokirurgiske pasienter det vises til nederst på siden ((jeg har telt kun det som er tatt på operasjonsstuene, d.v.s. akutte skopier som er tatt på gastropoliklinikken kommer i tillegg): For perioden januar-april har jeg telt antall bløtkirurgiske ø-hjelpsoperasjoner og kommer da fram til tallet 47, altså vel 12 per måned (=nesten én annenhver dag). Dette innbefatter "alt" av bløtkirurgi, men det er en bra illustrasjon på ø-hjelpsaktiviteten totalt sett, ortopedien unntatt. For perioden mai-august har jeg telt kun ø-hjelpsoperasjoner foretatt på inneliggende pasienter (altså ikke dagkirurgi), siden det refereres til det i teksten (for kirurgisk aktivitet spiller det dog liten rolle, det eneste poenget med å begrense aktiviteten til de inneliggende, må være å få fram belastningen på sengeposten), og da finner jeg tallet 31, d.v.s. 8 i måneden (stadig nesten 3 ganger så mye som det "magiske" 3-tallet nevnt i teksten). For perioden september-desember har jeg så begrenset ytterligere, med kun å telle ren gastrokirurgi på innlagte pasienter, og da kommer jeg fram til 20, altså vel dobbelt så

mye som tallet i teksten. Vi har imidlertid ytterligere 10 operasjoner i denne perioden som ikke "tilhører" urologien, og som dermed, i en fremtid der gastrokirurgene skal ta det som "ikke passer inn" ellers (når generellkirurgien forsvinner), vil måtte regnes som gastro, og dermed får vi igjen et tall på ca. 8 i måneden, altså i snitt én "inneliggende" akuttoperasjon hver 4. dag. Disse pasientene må, i tilfelle mindretallets forslag vedtas, transporteres til og akkomoderes i Harstad, med den medfølgende unødvendige ekstra lidelse en slik transport måtte medføre, og som vi har mye og dårlig erfaring med når det gjelder de ortopediske pasientene som de siste par årene har blitt kasterballe i systemet. Og i motsetning til i ortopedien, der det stort sett er klart i utgangspunktet hvem som skal opereres og dermed i vårt tilfelle transporteres, kan man glatt doble eller tredoble de nevnte tallene for gastrokirurgi, siden mange pasienter innlegges til observasjon og følges med på, for å se om de tiltrenger operasjon i.l.a. oppholdet eller tilfriskner uten operasjon. Det undrer meg igjen at en gammel gastrokirurg kan la være å ta hensyn til dette når han fremfører sin anbefaling; det er lite gagn i å legge folk inn til observasjon uten å ha mulighet til å agere på observasjonen annet enn ved å da skulle sende pasienten, når han/hun er begynt å bli dårlig.

- Ellers en presisering når det gjelder tall: I tabellen på s. 81 kan det virke som det bare var 4 kirurgiske overleger i 2016. Det gjelder i høyden halve året, da én av kirurgene gikk ut av vakt og over i en prosjektstilling; ellers var det bemannet i henhold til normen.
- En digresjon, men kanskje vesentlig i den store sammenhengen: Når det på s. 78 vises til at ortopedi ikke skal bedrives av kirurger som mangler ortopedisk skolering, er det så selvsagt at det nesten er tøvete å nevne det, for ikke å bruke et enda mer utenomparlamentarisk ord. (Ortopedien har jo ikke med arbeidsgruppens mandat direkte å gjøre, og således er dette punktet noe "utenfor", men all ære til medlemmene (også lederen!) for å ha sett på det og anbefalt styrking!) Det skulle være unødvendig å opplyse om det, men ortopedien her på huset er ikke blitt drevet av kirurger uten ortopedisk skolering, heller ikke i 2015, da man fra UNN sentralt valgte å kun la ortopeder drive med ortopedi. Vi generellkirurger som drev med det, hadde god ortopedisk skolering, og akuttortopedien fungerte, uten at pasientene ble utsatt for verken fare eller mindreverdig behandling. Dette à propos til om gastrokirurger skal overta all bløtkirurgi; det vesentligste er faktisk ikke hvilket stempel man har, men hva slags realkompetanse man besitter. Der fins mangeårige ortopeder som ikke ville ha klart å gå i vakt på et lite sykehus, fordi de med årene er blitt altfor hyperspesialiserte, gastrokirurger likeså, og p.d.a.s. skal vi glatt gå med på at vi generalister gjerne ikke skal hoppe rett inn på store, spesialiserte avdelinger uten den nødvendige opplæring og trening. By the way, det nevnes et sted noe om å gå bort fra doble vaktlinjer (i ortopedi og bløtkirurgi), men det har vi iallfall formelt sett aldri hatt her i Narvik, selv om vi i praksis i noen år "doblet" uformelt, nettopp av hensyn til våre generellkirurgers variable ortopediske skolering.
- Selv om det faller utenfor mitt kompetanseområde, vil jeg også si noe "utenfra" om gynekologien/obstetrikken. For det første er det en trygghet å ha gynekolog i døgnvakt, for de ovennevnte akutte bukene, da disse selvsagt også kan representere gynekologiske problemstillinger. Eksempelvis er vi som generellkirurger ikke redde for å gå inn og stoppe en blødning fra en tubargraviditet, men med tanke på bevaring av ovarialfunksjon og slikt, er det en fordel at gynekologene styrer med det. Sjelden problemstilling, heldigvis, men hvis disse skal sendes til Harstad, kan det, fordi de ikke blør sakte, føre til tap av liv. Det kan det også (t.o.m. to liv!) dersom obstetrikken (fødselsomsorgen) skal drives uten gynekologer/obstetrikere. Det vil føre til økt risiko for mødre og barn, og ikke minst fortredeligheter for familier som må reise langt for noe som altså håndteres her per i dag, og med god kvalitet. Jeg stusser i dette over kravet om 5 gynekologer til å dele vaktene. På et lite sted skulle det ikke være problematisk å kunne begrense det til 4. Med avspasering og slikt burde det godt gå an å organisere det slik at det til enhver tid (i ukedagene) var én på poliklinikk, én på operasjon, og én på vakt/post/administrasjon, samt én i avspasering. Spesielt når man omsider (hurra!) har fått til å opprette en stilling som

LiS/assistentlege, tror jeg ikke belastningen på den enkelte gynekolog vil være verken uforvarlig eller overdreven, med en slik ordning.

- Jeg ber avslutningsvis om å bli trodd på at jeg ikke bare ber for min syke mor (eller friske avdeling), da jeg ikke har noe personlig behov for å ha vakter der jeg ikke ser familien på kanskje et døgn, og det er mye rent elektiv virksomhet som kan fylle arbeidsdagene med mening, men jeg anser at vårt samfunnsoppdrag med å tilby Narvik og omegn sin befolkning god trygghet når det gjelder akuttkirurgiske problemstillinger, er av så vesentlig betydning at jeg gjerne ofrer tid på å drive et vaktlag 24/7. Det ihendetas best med å ikke begynne å tukle med verken gastrokirurgi eller gynekologi/obstetrikk, da man risikerer å eksperimentere med ordninger som vil være krevende i praksis, i tillegg til at de påfører befolkningen unødvendig lidelse.

Med de anførte argumentene, støtter jeg altså flertallets rekomendasjoner når det gjelder akuttkirurgien i Narvik, inkludert føde-/gyn-prosjektet, men med dissens mot begge gruppene når det gjelder krav til antall gynekologer i sistnevnte.

Vennlig hilsen

John Martin Pedersen

Avdelingsoverlege

Kir.avd. UNN Narvik