

Møtedato: 24. april 2019
Arkivnr.:
2019/210-22

Saksbeh/tlf:

Sted/Dato:
Bodø, 23.4.2019

Styresak 53-2019/3 Brev av 12. april 2019 fra Svein Arne Monsen, områdesjef akutt/kirurgi, Helgelandssykehuset HF ad. Jeg sier opp. Jeg skal ikke være en del av dette spillet

Saken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt sakliste.

Kopi av protokollen var ettersendt.

Se vedlagt kopi.

Styreleder Renate Larsen , Helse Nord
Administrerende Direktør Lars Vorland, Helse Nord
Styreleder Dag Hårstad, Helgelandssykehuset
Administrerende Direktør Hulda Gunnlaugsdottir, Helgelandssykehuset

Jeg sier opp. Jeg skal ikke være en del av dette spillet

«Ved vårt valg av yrke har vi tatt parti for livet. Det innebærer personlig initiativ, skaperglede, mot og spontanitet. Andre tar parti for døden. Det innebærer beregnende sluhet, avmålte handlinger og avvising av ungdommen. Som lege har vi bare en lojalitet, og det er den enkelte pasient som skjebnen har ført til oss. Hvis dere klarer å holde fast på den tanken, kan dere ikke gå vill, selv ikke i det moderne livs moralske tåkelandskap».

Dette sa professor Anton Hauge ved Universitet i Oslo i sin avslutningstale til legestudentene ved Universitetet i Oslo. Hvert år leser Mads Gilbert dette utdraget til medisinstudentene i Tromsø. Da jeg hørte dem på mitt 4. studieår for 20 år siden gjorde det inntrykk. Lojaliteten vår skal ligge hos pasientene.

Jeg er nå leder på områdesjefnivå i Helgelandssykehuset på tiende året. Samtidig møter jeg hver eneste uke pasienter som anestesilege. Det kan være pasienter som skal til planlagte inngrep som trenger narkose. Det kan være kritisk syke pasienter på intensiv avdeling. Det kan være som anestesilege i palliativt team der vi møter mennesker med alvorlig sykdom som trenger vår hjelp. Mye av det vi gjør er rutinepreget, men møtet med den enkelte pasient er unikt. Vi er utrolig heldige som får komme i slike posisjoner i menneskers liv. Det er flott å jobbe i helsevesenet

Å være leder i Helgelandssykehuset har i perioder vært svært krevende. Jeg skjønte allerede som avdelingssjef i 2006 at for mange var det politiske spillet det viktigste. Pasientfokus var underordnet dette. Skjevfordelingen innad i helseforetaket var himmelropende. Verst var dette for sykehuset i Mosjøen som mistet fødeavdeling og akuttkirurgisk beredskap. Et samlet nasjonalt fagmiljø var, og er, svært kritiske til å splitte de 2 store hoveddisiplinene i sykehusene: indremedisin og kirurgi.

Det vil si: noen har skiftet mening underveis. Da Fred Mürer var ansatt som lege ved Rana sykehus gikk han knallhardt ut i media mot å skille indremedisin og kirurgi ved Rana sykehus. Han brukte nøyaktig den samme argumentasjonen som landets øvrige leger. Men da akuttkirurgisk beredskap ble nedlagt i Mosjøen ble dette arbeidet ledet av ham. Da var det plutselig greit å gjennomføre tiltak som han noen år tidligere hadde stått på barrikadene for å unngå. Professor Torben Wisborg var med og evaluerte endringen i Mosjøen og kom da med følgende utsagn. «Denne endringen hadde vært veldig spennende å gjøre som medisinsk forskning, men ville aldri blitt tillatt av etisk komite».

Effektivitet og god økonomisk drift er hele tiden et viktig tema som sykehusleder. Det skal det være. Da sykehusene i Helse Nord ble sammenlignet kom sykehuset i Sandnessjøen best ut på effektiv drift. Sykefraværet var rekordlavt. Vi fikk besøk fra andre sykehus i landsdelen som lurte på hvordan vi fikk det til. Problemet var bare at sykehuset samtidig gikk med 15 millioner i underskudd. Sykehuset på Mo hadde dobbelt så høyt sykefravær og gikk med et pent overskudd. Da jeg på et lederseminar spurte om hvordan dette kunne henge sammen, hvordan kunne man forklare de gode effektivitetstallene og det store underskuddet, svarte daværende direktør ved Rana Sykehus, Per Martin Knutsen: «I Helgelandssykehuset bruker vi andre tall». På Helgeland levde vi altså i en annen økonomisk virkelighet, der Rana sykehus ble forfordelt. Overskuddene på Rana sykehus ble brukt til vedlikehold. På sykehuset i Sandnessjøen måtte vedlikehold nedprioriteres for å få til forsvarlig medisinsk drift. 10 år senere blir altså forskjellene i status på bygningene brukt som en

argumentasjon for framtidig sykehusstruktur. Forskjeller som har vokst frem grunnet en økonomisk skjevfordeling over lang tid.

I Sandnessjøen har vi samtidig klart å ha fokus på å bygge sykehuset faglig robust. Vi rekrutterte kjernepersonell. Vi utviklet helsetilbudet. Vi kunne som ledere leve med det store underskuddet fordi vi visste at dette var politisk styrt. Vi visste vi klarte å gjøre mye godt helsearbeid med betydelig færre ansatte på en mye mere effektiv måte enn sykehuset som gikk med overskudd. Faglig sett var dette svært bra.

Det som var rystende var de gangene vi ble forsøkt stoppet i å bedre pasientbehandlingen. Da Sandnessjøen ønsket å opprette palliativt team opplevde vi aktiv motarbeiding fra nåværende fagdirektør Mürer. Vi var det siste sykehuset i Nord-Norge som fikk MR. Fra faglig ledelse i Helgelandssykehuset ble dette aktivt og åpent motarbeidet. At vi til slutt fikk dette var et resultat av en stor innsamlingsaksjon. Faget har blødd i det politiske spillet

Året før nåværende direktør Hulda Gunnlaugsdottir startet, var Fred Mürer konstituert som administrerende direktør. Prosessen rundt 2025 skiftet karakter. Det ble nedsatt en ekstern ressursgruppe hvor sammensetningen ble sterkt kritisert. Ressursgruppen blir ledet av en innleid konsulent fra Deloitte; Helge Torgersen. Han har vært på Helgeland 2 ganger før med bestilt agenda: å planlegge reduksjon av sykehusene i Sandnessjøen og Mosjøen. Fred Mürer var sentral intern aktør i begge disse prosessene.

Det verste var imidlertid den interne prosessen i foretakets ledergruppe. Enhetsdirektørene i Sandnessjøen, Mosjøen og på Prehospital område fikk ikke være med i arbeidet. Det ble nesten ikke diskutert en gang. Prosessen styres i sin helhet av konstituert administrerende direktør Fred Mürer og Bjørn Bech Hansen; tidligere teknisk sjef i Rana Kommune.

I en mail til konstituert administrerende direktør datert 8. desember 2017 skriver en av enhetsdirektørene til Mürer:

«Ledergruppa har ikke hatt saken til skikkelig diskusjon en eneste gang siden Per Martin sluttet, bortsett fra en kort diskusjon i etterkant av et ledermøte. Når vi som representerer en slags opposisjon til deg i saken holdes utenfor, oppfatter jeg det som at det legges et lokk på diskusjonen. Når saken aldri diskuteres i våre fora, står vi i tillegg helt uten forankring når vi skal svare etterkant av et ut spørsmål fra ansatte og samarbeidspartnere. Det er uheldig og bidrar ytterligere til å stille prosjektet i et dårlig lys.»

De 3 enhetsdirektørene går i februar 2018 til det ytterst sjeldne grep at de sender et eget brev til styret der de varsler om den interne prosessen. De gir sterkt uttrykk for mangel på involvering og at prosessen ikke er etterprøvable på noen måter. De får ikke være med på viktige møter og får heller ikke referater fra disse. De blir sterkt kritisert for brevet. Det skjer ingen endring.

De 3 direktørene opplever tvert i mot at konstituert administrerende direktør Fred Mürer i styresaker påny skriver at ledergruppen er involvert uten at de er det. Nok en gang tar de dette opp igjen.

Hulda Gunnlaugsdottir starter våren 2018 i stillingen som administrerende direktør, og trekker raskt inn klinikere fra de 3 sykehusene som skal inngå i hennes team i 2025-prosessen. Jeg er en av disse. Mitt fag er akuttmedisin. Da ressursgruppen kommer med sin foreløpige rapport 3. desember 2018 inneholder den forslag til akuttmedisinske tiltak som ville være medisinsk faglig uforvarlig hvis de ble gjennomført. Dette er tiltak som profileres i media som kompensasjon for å legge et sykehus på Helgeland langt unna store deler av befolkningen. De bruker medisinske referanser på en svært tendensiøs måte for å argumentere for at det er riktig å legge et sykehus til Mo. Jeg ber om at rapporten blir kvalitetssikret av utøvende klinikere. Dette blir tiet i hjel.

Til styremøte den 27.mars 2019 har man på ny leid inn Deloitte for å finne ut hva de ulike lokaliseringalternativene vil bety økonomisk. Deloitte har utarbeidet en alternativskillende analyse. Dette arbeidet ledes av Jan Erik Tveiten som også jobber med helsespørsmål i Deloitte, på lik linje med Helge Torgersen og hans kollega Ulrich Spreng, som begge deltok i ressursgruppen fra konsulentfirmaet.

Vi som kjenner Helgelandssykehuset ser intuitivt at analysen inneholder store feil som resulterer i at Rana favoriseres. Jeg har selv jobbet med det samme teamet i Deloitte i en annen prosess på Helgeland, og vet at de er helt avhengig av innspill fra foretaket for å gjøre sine analyser. Den informasjonen de får fra oppdragsgiver er helt sentral for det produktet de leverer. Når jeg etterspør hvem Deloitte har samarbeidet med i Helgelandssykehuset får jeg opplyst at det er tidligere teknisk sjef i Rana kommune Bjørn Bech Hanssen og den tidligere sykehusaktivisten for Rana Sykehus, Fred Mürer.

Det lages i etterkant av styremøtet en intern redegjørelse der det skrives at Deloitte har basert den alternativskillende analysen på ulike tilstandsrapporter fra sykehusene. Jeg sitter med informasjon om at de også har fått tilsendt høringssvaret som Rana kommune opprinnelig skrev til den eksterne ressursgruppens rapport, og får etter hvert bekreftet dette. Høringssvaret fra Rana kommune ble sendt til Deloitte fra Helgelandssykehuset. Kontaktpersonene med Deloitte har vært Bjørn Bech Hanssen og Fred Mürer.

Vi etterspør referat fra møtene Deloitte har hatt med Helgelandssykehuset. Vi får oppgitt at de har hatt 3 møter, men at det ikke er ført referat. Jeg har grunnlag for å hevde at det har vært 6 møter. I diskusjoner med administrerende direktør Hulda har jeg bedt henne om å trekke analysen tilbake pga dens manglende legitimitet. Dette etterkommes ikke, men det avholdes et møte med Deloitte der vi kan komme med innspill. Heller ikke fra dette møtet referatføres kritikken. De økonomiske analysene er fortsatt kun dokumentert i en enkel PowerPoint-presentasjon.

Jeg er tilsynelatende trukket sentralt inn i arbeidet med 2025. I likhet med enhetsdirektørene i Sandnessjøen, Mosjøen og Prehospital Enhet har jeg imidlertid ingen reell innflytelse. Det har kanskje ikke enhetsdirektøren på Mo heller. Prosessen styres av Bjørn Bech Hansen og Fred Mürer. Når dette er over vil det nesten ikke finnes dokumentasjon på hva som egentlig skjedde.

Jeg vet at jeg ikke alltid kan få viljen min. Jeg vet at det jeg gjør vil oppfattes som illojalt. Jeg har i likhet med enhetsdirektørene imidlertid forsøkt å varsle internt. Vi har forsøkt i årevis og på mange måter. Det virker ikke å ha noen betydning. Min lojalitet ligger hos gode kollegaer på Mo, i Mosjøen og i Sandnessjøen. Min lojalitet ligger imidlertid først og fremst hos den neste pasienten jeg har foran meg. Jeg opplever at helseledere driver et byråkratisk urent spill der informasjon tilbakeholdes og styres. Dette går ut over de neste pasientene vi skal ta hånd om på Helgeland. Kanskje i generasjoner. Personlig går dette ut over min evne til å ta vare på den neste pasienten. Jeg kan ikke være en del av en ledelse der det helsefaglige har måttet trå til side for politikk. Det handler om integritet.

Sandnessjøen 12. april 2019
Svein Arne Monsen
Områdesjef akutt/kirurgi, Helgelandssykehuset

Kommentarer til styresak XX/2018: Helgelandssykehuset 2025 – videreføring av tidligfasen

Styresak XX/2018 er planlagt behandlet i styremøte 19. februar. Selv om vi er klar over at dette er en ukonvensjonell måte å komme med innspill på, mener vi at prosjektet er så viktig at vi likevel vil gjøre et forsøk på å få våre synspunkter med i prosessen.

Saken ble tatt opp i helseforetakets ledergruppe 16. januar 2018. Vi fikk dokumentene dagen før og behandlingen ga ingen reell mulighet til nødvendig kritikk. Viktige momenter har kommet opp etterpå, blant annet har også ledergruppas medlemmer deltatt i styrets diskusjoner.

Det er vanskelig å forstå hvorfor en så viktig sak haster så mye at man ikke kan bruke den tida som er nødvendig for en grundig behandling. Spesielt er dette underlig når andre deler av prosessen går svært sakte. Det er for eksempel vanskelig å forstå hvorfor konsulentselskapet WSP trengte nesten tre måneder på å utarbeide en høringsrapport, mens helseforetakets ledergruppe får under ett døgn på å sette seg inn i både høringsrapporten og styresaken før den skal diskuteres.

Styresaken gir inntrykk av at ledergruppa har vært involvert gjennom hele prosjektet. På side 2 hevdes det at: «*Som ledd i disse vurderingene har det vært avholdt arbeidsmøter med ledelsen i Helse Nord RHF og med styret, også med deltakelse av helseforetakets ledergruppe og Sykehusbygg*». På side 4 står det at «*Ledergruppen i helseforetaket vil løpende orienteres ved at prosjektet regelmessig er på agendaen i ledermøter*». Det er utmerket hvis dette kan gjennomføres i framtida, men ledergruppa har ikke vært med i de møtene som er avholdt med Sykehusbygg og med Helse Nord. Det er heller ikke ført referat fra møtene, og det finnes derfor ingen mulighet for innsyn.

Det er viktig at en sak som dette er godt forankret i hele helseforetaket. Det gjelder linjeledelse så vel som tillitsvalgte, og styre. Svak forankring svekker legitimiteten til prosjektet, det skaper mistenksomhet og gjør at formuleringer om åpenhet og medvirkning blir lite troverdige. Skal vi lykkes må vi ta oss tid til å gjøre dette skikkelig.

Vi har nå hatt tid til å gå mer grundig gjennom styresaken. Vi vil komme med følgende kommentarer:

- Dokumentasjonen i prosjektet er mangelfull. Det foreligger ingen offisielle referat, (unntatt møter i styringsgruppa og kontraktsmøter med sykehusbygg) eller dokumentasjon som beskriver dialogen mellom helseforetaket og Sykehusbygg. Det foreligger heller ingen dokumentasjon vedrørende dialogen mellom helseforetaket og Helse Nord, selv om man vet det har vært avholdt flere møter. Ledergruppa har mottatt lite informasjon fra disse møtene. AD, prosjektleder og kommunikasjon var i Trondheim i et heldags møte for å få presentert høringsrapporten 12. januar. Det er ikke ført referat fra møtet.
- Det har vært vanskelig å få prosjektet «Helgelandssykehuset 2025» på agendaen i ledergruppas møter. Som oftest har saken blitt satt opp under eventuelt, etter trykk fra enhetsdirektørene. Vi opplever ikke at argumenter eller spørsmål blir godt besvart.
- Intern organisering av prosjektet, forslaget om ekstern prosjektgruppe og kontaktflaten mellom helseforetakets ledelse og ressursgruppa er ikke formelt drøftet i ledergruppa. Det er fortsatt uklart for oss hvordan kontakten mellom HF og ressursgruppa skal ivaretas.
- Vi er kritiske til at grovsilingsrapporten tas med videre. Rapporten har flere feil, den inneholder vurderinger som ikke er nødvendige for å underbygge konklusjonene og den er, ikke minst, avvist i styret tidligere. Vi har markert dette tydelig overfor AD, men kritikken er ikke bragt videre i styresaken.
- Rekkefølgen på de forskjellige prosessene er uklar. Grunnlaget for valg av lokalisering vil måtte baseres både på helsefaglige og planfaglige data. Veilederen anbefaler valg av

lokalisering som en del av vedtaket om prosjektinnramming. Selv om diskusjonen om sentrumsnærhet vil måtte tas for alternativene Leirfjord og Hemnes, må man kunne anta at alle utredningsalternativer kan presentere en egnet tomt. Valg av lokalisering vil derfor først og fremst dreie seg om helsefaglige faktorer, spesielt om tilgjengelighet og pasientgrunnlag. Det er viktig at dette kommer tydelig fram i mandatene, og at de helsefaglige vurderingene er gjort før valg av lokalisering foretas.

- Prosjektinnrammingens viktigste beslutningspunkt vil være valg av modell og lokalisering. Premissene for dette valget vil hovedsakelig være helsefaglige. Det er derfor uheldig at ¼ av ressursgruppas medlemmer har samfunnsfaglig bakgrunn, mens det bare er en deltaker som er aktiv kliniker og ingen med erfaring fra drift av sykehus. Dette bør rettes opp.
- Det presiseres i styresaken at «*Helgelandssykehuset vil fortsatt være prosjekteier*». Det innebærer at mandat for de forskjellige prosjektene og gruppene må forankres i helseforetakets styre og ledergruppe. Det er derfor nødvendig at saken tas tilbake til styret for endelig godkjenning når mandater for alle deler av prosessen er utarbeidet. Styret bør godkjenne mandatene for ressursgruppe, styringsgruppe, prosjektleder og intern prosjektstøtte. Styret bør også godkjenne en plan for medvirkningsprosessen. I tillegg må det beskrives hvordan prosjekteiers oppfølging av ressursgruppa gjennom prosjektperioden skal organiseres.
- Det er ikke lett å forstå hvorfor tillegg av de to alternativene Leirfjord og Hemnes gjør arbeidet med utredningene u håndterlig. I det opprinnelige planprogrammet var det foreslått å utrede sju alternativer. De to nye alternativene øker dette til ni. De to første sidene i styresaken og påstanden «*Som vist i styresak 83/2017 vil disse konsekvensutredningene, med de vedtatte ni alternativene for modell og lokalisasjon, innebære en betydelig forlengelse og økt ressursbruk i prosjektet enn opprinnelig forutsatt i eksisterende prosjektplan*» på side 5, gir inntrykk av at denne økningen er så stor at den truer prosjektets framtid. Vi kan ikke se at det er grunnlag for en slik påstand. Mange aktører har tro på Leirfjord og Hemnes. Derfor er det nødvendig å få dem grundig belyst.
- Styret bør vurdere det skisserte effektmålet nøye. Dersom «*hovedmål med ressursgruppens arbeid*» skal være å «*foreslå tre alternativer, inkludert 0-alternativet, til ny sykehusstruktur på Helgeland, og gi en begrunnet anbefaling av det beste alternativet*» gir administrerende direktør fra seg den kanskje viktigste beslutningen i hele prosjektet. Med et slikt hovedmål, vil det fortsatt være riktig å hevde at Helgelandssykehuset skal være prosjekteier?

For oss framstår styresaken som uferdig. Vi tror den ville blitt bedre dersom den fikk gå de vanlige rundene i helseforetakets organer, uten at det ble lagt et tidspress på aktørene. Uten bred støtte og legitimitet blant våre medarbeidere vil det være vanskelig å gjennomføre prosjektet.

Sandnessjøen/Mosjøen 12.2.2018

Rachel Berg
Tanja Pedersen
Bjørn Haug