

Kvalitet

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÄTIE



# INNHOOLD VED HSYK MOSJØEN I FREMTIDENS NYE HSYK

På vegne av de kliniske miljøer samt  
Kontortjenesten/Felles inntakskontor ved  
HSYK MSJ

15.10.22 G.Mo

Respekt

Trygghet

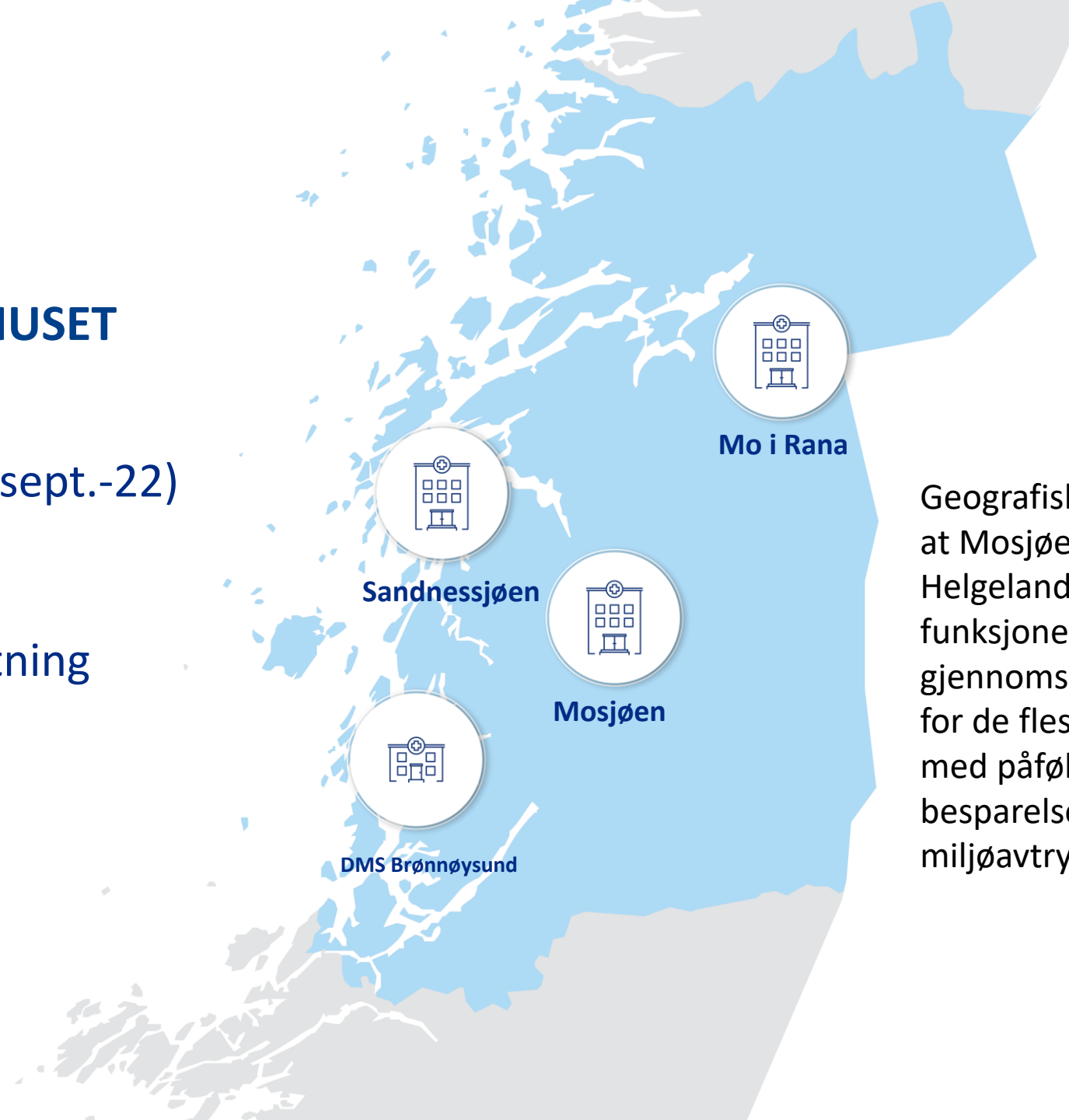


- 
- Helseministerens strukturvedtak for Helgelandssykehuset 27.01.20 forutsettes kjent.
  - I fht. HSYK MSJ er det spesifisert i pkt. 4:  
*« I konseptfasen utredes etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen. Som del av utredningen vurderes også det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern.»*

- 
- Fagmiljøene og enhetslederne som har deltatt i innspillarbeidet er unisont enige i at helseministerens strukturvedtak av 27.01.20 **IKKE** vil bidra til overordnet mål og hensikt med strukturendring: et bedre spesialisthelsetjenestetilbud til Helgelands befolkning.
  - Opprettholdelse av dagens sykehusstruktur anses fra vår side som et bedre alternativ (når en-sykehusmodell ikke ble vedtatt) enn strukturvedtaket av 27.01.20 med tanke på å gi et best mulig spesialisthelsetjenestetilbud til Helgelands befolkning.

## HELGELANDSSYKEHUSET

- 77 234 innbyggere( sept.-22)
- 18 kommuner
- Ca. 1750 årsverk
- Ca. 2,3 mrd. i omsetning



Geografisk er det udiskutabelt at Mosjøen ligger sentralt på Helgeland, og lokalisering av funksjoner i Mosjøen vil bidra til gjennomsnittlig kortere reisevei for de fleste Helgelendinger med påfølgende økonomiske besparelser og mindre miljøavtrykk.

## OVERORDNEDE MÅL med PASIENTEN I FOKUS

- Medvirke til best mulig spesialisthelsetjenestetilbud til Helgelands befolkning inkl. kortest mulig gjennomsnittlig reisetid for Helgelandspasientene med påfølgende økonomiske besparelser og mindre miljøavtrykk.
- Riktig og nødvendig fagkompetanse inkl. nødvendige legespesialister mtp. best mulig medisinskfaglig kvalitet, essensielt både i fht. nyrekruttering og stabilisering av fagfolk/nøkkelpersonell.
- Funksjonelle bygningsmasser, nødvendige støttefunksjoner og til enhver tid oppdatert medisinsk teknisk utstyr må også være på plass.

## Deltakere: Enhetsledere/avdelingsledere i samarbeid med ansatte

- Med. område:
  - Enhetsleder Med.leger: Christian Hansen
  - Enhetsleder Med. sengepost: Brita Røli
  - Konst. Enhetsleder Med. dagenhet med poliklinikk og nevrologi: Hege Nilsen
  - Konst. Avdelingsleder Med. område: Camilla Straum
  - Avd.leder Med. område/spesialist i generell indremedisin: Grete Mo
- Kir. område:
  - Enhetsleder Kirurgisk 5-dagerspost med poliklinikk: Marit Langmo
  - Enhetsleder Kir. Leger/spesialist i generell kirurgi: Gunnleiv Birkeland
- Int/AM, anestesi/operasjon:
  - Enhetsleder Intensiv/akuttmottak: Tom Roger Strøm
  - Enhetsleder anestesi/operasjon: Mathis U. Ludviksen
  - Avd.leder akuttmedisinsk klinikk MSJ: Merete Aufles
- Røntgenavd.:
  - Enhetsleder Bent Inge Henriksen
- Laboratorium/blodbank:
  - Enhetsleder Sissel Lindseth
- Kliniske servicefunksjoner:
  - Fysioterapeut Caroline Govassli
- Kontortjenesten
  - Enhetsleder Trine Jensen
- Felles inntakskontor:
  - Enhetsleder Eivind Augustsen

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÆTIE



**Medisinsk område**  
**HSYK MSJ**

Kvalitet

Respekt

Trygghet

## Innspill: Generell indremedisinsk poliklinikk videreføres som i dag evt. forsterkes

Problem vi ønsker løst: Unngå dårligere poliklinisk tilbud til HLs befolkning, Mosjøen geografiske midtpkt. på HL. Ved flytting av funksjon fra Mosjøen vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasienter, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk.

### Pro

- Pas.vennlig: gjennomsnittlig kortere reisevei for pas som skal ha oppfølging i spesialisthelsetjenesten for pasienter i Grane, Hattfjelldal og Mosjøen.
- Faglig
  - Er allerede etablert oppfølging av pasienter med tverrfaglig samarbeid mellom bl.a sykepleiere og leger.
- Bemanningmessig
  - Beholder våre ansatte og slipper ny rekrutteringsprosess
- Økonomisk
  - Økonomisk besparelse mtp. gjennomsnittlig kortere reisevei for pasientene
- Forholdet til vedtaket
  - Ikke i strid med vedtaket, vedtatt at det skal utføres poliklinisk avlastning i Mosjøen
- Miljøaspekt
  - MSJ midt på Helgeland, kortere og billigere å reise til MSJ, kontra reise til SSJ, betydelig mindre miljøavtrykk

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



## Innspill: Gastroenterologisk poliklinikk videreføres som i dag samt forsterkes.

Problem vi ønsker løst: Unngå dårligere poliklinisk tilbud til HLs befolkning, Mosjøen geografiske midtpkt. på HL. Ved flytting av funksjon fra Mosjøen vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasienter, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk.

### Pro

- Pas.vennlig: gjennomsnittlig kortere reisevei for pas som skal ha oppfølging i spesialisthelsetjenesten for pasienter i Grane, Hattfjelldal og Mosjøen.
- Faglig
  - Er allerede etablert poliklinikk med fast gastroenterolog samt at det er en LIS2 som ønsker spesialisering løp innenfor fordøyelsessykdommer.
- Bemanningmessig
  - Beholder våre ansatte og slipper ny rekrutteringsprosess
- Økonomisk
  - Økonomisk besparelse mtp. gjennomsnittlig kortere reisevei for pasientene
- Forholdet til vedtaket
  - Ikke i strid med vedtaket,
- Miljøaspekt
  - MSJ midt på Helgeland, kortere og billigere å reise til MSJ, kontra reise til SSJ, betydelig mindre miljøavtrykk

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Tarmscreening coloncancer. Helgelandsfunksjon.

Problem vi ønsker løst: Tarmscreening coloncancer er under innføring i Norge. Trenger derfor økt kapasitet på Helgeland for å unngå fristbrudd, ved å legge dette tilbudet til Mosjøen vil det avlaste SSJ og Mo. Mosjøen geografiske midtpkt. på HL. Ved å legge hele funksjonen til SSJ/Mo vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasientene, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk. Lange ventelister og fristbrudd. Pasientklager og uheldige pas.hendelser kan oppstå pga lange ventetider.

### Pro

- Pas.vennlig: gjennomsnittlig kortere reisevei for pas som skal ha oppfølging i spesialisthelsetjenesten for pasienter i Grane, Hattfjelldal og Mosjøen.
- Faglig
  - Er allerede etablert poliklinikk med fast gastroenterolog samt at det er en LIS2 som ønsker spesialisering løp innenfor fordøyelsessykdommer.
- Bemanningmessig
  - Beholder våre ansatte og slipper ny rekrutteringsprosess
- Økonomisk
  - Økonomisk besparelse mtp. gjennomsnittlig kortere reisevei for pasientene
- Forholdet til vedtaket
  - Ikke i strid med vedtaket,
- Miljøaspekt
  - MSJ midt på Helgeland, kortere og billigere å reise til MSJ, kontra reise til SSJ/Mo, betydelig mindre miljøavtrykk

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Utdanne/ansette gastrosykepleier

Problem vi ønsker løst: Mangler gastrosykepleier, vanskelig å rekruttere gastroenterolog.

### Pro

- **Faglig**
  - Kunnskap som blir svært viktig for pasient.
  - Videreformidle kunnskap til medarbeidere, kompetanseheving i avd.
  - Mer komplett utrednings og behandlingstilbud
- **Bemanningsmessig**
  - Utdanne/tilsette gastrosykepleier
  - Oppgaveglidning lege til spl.
- **Økonomisk**
  - Besparende for gastroenterolog, gastrosykepleier avlaster ifht arbeidsoppgaver
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i strid

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Lungepoliklinikk videreføres som i dag

Problem vi ønsker løst: Lang reisetid for syke/sårbare pasienter (KOLS, astma, lungekreft), økt miljøbelastning og økonomisk ineffektiv reisevirksomhet på Helgeland, ekstra belastning på andre enheter, økt pasientflukt ut av regionen.

### Pro

- **Faglig**
  - Vi har pr tid lungekompetent overlege i fast poliklinikk og vi har under utdanning flere spesialister i generell indremedisin, som alle kan ta unna disse pasientene på en meget god og forsvarlig måte.
  - Vi har lungespl her for koordinering og samhandling rundt OSAS-pasienter
  - Vi har utstyr på plass og videreutdannede sykepleiere med kompetanse for å bruke disse.
  - Å fjerne funksjonen vil øke belastning på andre enheter, da personell ikke vil følge med.
- **Økonomisk**
  - Økonomisk effektive konsultasjoner, mindre reisevei, mindre miljøkostnad
  - Sentral beliggenhet på Helgeland, kortest reisevei for størst andel av befolkningen
- **Forholdet til vedtaket**
  - Å beholde denne funksjonen er i tråd med vedtak

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Utredning og behandling av OSAS-pas videreføres som i dag, Helgelandsfunksjon

Vi har videreutdannet lungesykepleier med lang erfaring innenfor vurdering og oppfølging av disse pasientene, vi har også nevrologisk poliklinikk på samme enhet slik at utredende og behandlende enhet er samlokalisert for best effektivitet. Mosjøen geografiske midtpkt. på HL. Mister vårt gode og etablerte fagmiljø hvis funksjon flyttes, da vil lungesykepleier flytte fra HL og vi får dårligere tilbud til HLs befolkning. Ved flytting av funksjon vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasientene, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk.

### Pro

- **Faglig**
  - Vi har utdannet spesialistkompetent sykepleier med lang erfaring
  - Vi har nevrologer tilstede
  - Vi har lungekompetent overlege tilstede poliklinisk og indremedisinsk lungepoliklinikk
  - Å flytte funksjon uten personell vil kreve ny ansettelse og oppbygging av kompetanse, som på ubestemt tid gir hele regionen dårligere helsetilbud
- **Økonomisk**
  - Økonomisk effektive konsultasjoner
  - veldig mye telemedisin 70-80%?
  - Sentral beliggenhet på Helgeland, kortest reisevei for størst andel av befolkningen
- **Forholdet til vedtaket**
  - Å beholde denne funksjonen er i tråd med vedtak

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Kardiologisk poliklinikk videreføres som i dag

Problem vi ønsker løst: Lang reisetid for syke/sårbare pasienter (Hjertesvikt, angina, arytmi ++), økt miljøbelastning og økonomisk ineffektiv reisevirksomhet på Helgeland, ekstra belastning på andre enheter, økt pasientflukt ut av regionen.

### Pro

- **Faglig**
  - Vi har kardiologer fast ansatt, indremedisinere i spesialisering som snart (1-2 år) er spesialister, spesialistutdannet sykepleier som gjør ekko/hjertesviktpoliklinikk/hjerteskole, samt videreutdannede sykepleiere som bistår til AKG og tar Holter, som til sammen utgjør en solid kardiologisk poliklinikk.
- **Bemanningsmessig**
  - Denne kompetansen følger ikke med ved flytting, vil ta tid å erstatte og vil øke belastning på andre enheter betydelig.
- **Økonomisk**
  - Sentral beliggenhet på Helgeland, kortest reisevei for størst andel av befolkningen
  - Moderne utstyr for ekko, holter, pacemaker-kontroller finnes på plass
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i strid med vedtak

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Stress-ecco. I samarbeid med rtg.avd CT/MR. Helgelandsfunksjon.

Problem vi ønsker løst: Suboptimalt tilbud ifbm utredning av pas med mistenkt koronarsykdom

### Pro

- **Faglig**
  - Dette vil øke kvaliteten på utredning av pasienter i vår region, da vi hittil har basert oss på AKG som er en utdatert metode for vurdering av coronar-suspekterte brystmerter.
  - Bedre diagnostikk, færre unødvendige henvisninger
- **Bemanningsmessig**
  - Vi har personell som har grunnkompetanse, men trenger noe videreutdanning for å få denne på plass
- **Økonomisk**
  - For selekterte pasienter vil dette være økonomisk gunstig
  - Utstyr med program finnes allerede
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i strid med vedtak

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: CT coronarangiografi i samarbeid med radiologisk avd. Helgelandsfunksjon.

Problem vi ønsker løst: Suboptimalt tilbud ifbm utredning av pas med mistenkt koronarsykdom

### Pro

- **Faglig**
  - Dette vil øke kvaliteten på utredning av pasienter i vår region, da vi hittil har basert oss på AKG som er en utdatert metode for vurdering av coronar-suspekte brystmerter.
- **Bemanningsmessig**
  - Vi har behov for tolkende kardiolog eller radiolog, hvor man kan gjøre avtale med NLSH eller UNN, evt ansette en som sitter telemedisinsk og vurderer
- **Økonomisk**
  - Vi har allerede CT-maskin som ved omstrukturering burde bli mindre belastet, og kan brukes til dette formålet.
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i strid med vedtak

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



**Innspill:** Endokrinologisk poliklinikk med hovedvekt Diabetes mellitus videreføres. Senter med økt kompetanse Diabetes Mellitus på Helgeland.

Problem vi ønsker løst: Per i dag er det få endokrinologer ansatt i helse nord. Det er ingen ansatt i HSYK. I Mosjøen er det en LIS2 som brenner for endokrinologi og som vil jobbe som endokrinolog ved HSYK MSJ. Mosjøen geografiske midtpkt. på HL. Ved flytting av funksjon til SSJ vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasientene, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk. Lange ventelister og fristbrudd. Pasientklager og uheldige pasienthendelser kan oppstå pga lange ventetider.

## Pro

- Pas.vennlig: gjennomsnittlig kortere reisevei for pas som skal ha oppfølging i spesialisthelsetjenesten.
- Faglig
  - Det er en LIS2 som ønsker spesialisingsløp innenfor endokrinologi og som vil jobbe for HSYK Mosjøen i fremtiden.
  - Diabetessykepleier med stor faglig tyngde. Diabetessykepleiere er vanskelig å rekruttere. Pt. eneste diabetessykepleier på Helgeland som tar opplæring på 780G pumpe uten bruk av firma.
- Bemanningmessig
  - Beholder vår ansatte og slipper ny rekrutteringsprosess
- Økonomisk
  - Økonomisk besparelse mtp. gjennomsnittlig kortere reisevei for pasientene
  - Har ikke fristbrudd ifht egne pasienter. Tar unna mange pasienter som står på venteliste Mo i Rana og Sandnessjøen, samt Brønnøy.
  - Har pasienter som fortsetter å benytte Mosjøen etter flytting pga studier o.l.
  - Avlaster NLSH med mellomkontroller på barn

## Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Nyremedisinsk poliklinikk videreføres som i dag

Problem vi ønsker løst: Pr i dag er det få nefrologer i Helse Nord. Nyrepasienter følges av LIS2 som kjennet pasientene gått. Ofte dårlige pasienter som ikke ønsker/tåler lang reisevei. Mosjøen geografiske midtpkt. på HL. Ved flytting av funksjon til SSJ vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasienter, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk. Lange ventelister og fristbrudd. Pasientklager og uheldige pas.hendelser kan oppstå pga lange ventetider.

### Pro

- Pas.vennlig: gjennomsnittlig kortere reisevei for pas som skal ha oppfølging i spesialisthelsetjenesten for pasienter i Grane, Hattfjelldal og Mosjøen.
- Faglig
  - Er allerede etablert poliklinikk, med samarbeid med dialysen
  - Fast ansatt nyresykepleier
- Bemanningmessig
  - Beholder våre ansatte og slipper ny rekrutteringsprosess
  - Samkjører med dialysen
- Økonomisk
  - Økonomisk besparelse mtp. gjennomsnittlig kortere reisevei for pasientene
- Forholdet til vedtaket
  - Ikke i strid med vedtaket,
- Miljøaspekt
  - MSJ midt på Helgeland, kortere og billigere å reise til MSJ, kontra reise til SSJ/Mo, betydelig mindre miljøavtrykk

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Dialyse videreføres som i dag.

Problem vi ønsker løst: lang reisetid og redusert livskvalitet. Dialysepasientene er de sykeste pasientene vi har med hyppige behandlinger over flere timer 3-4 ganger/uke. Nasjonale retningslinjer anbefaler ikke reisetid over 1 time.

### Pro

- Pas.vennlig: Betraktelig kortere reisevei for pas som skal ha dialyse for pasienter i Grane, Hattfjelldal og Mosjøen.
- Faglig
  - Er allerede etablert dialyseavdeling.
  - Fast ansatt nyresykepleier
- Bemanningsmessig
  - Beholder våre ansatte og slipper ny rekrutteringsprosess
- Økonomisk
  - Økonomisk besparelse mtp. gjennomsnittlig kortere reisevei for pasientene
- Forholdet til vedtaket
  - Ikke i strid med vedtaket,
- Miljøaspekt
  - MSJ midt på Helgeland, betraktelig kortere og billigere å reise til MSJ, kontra reise til SSJ/Mo, betydelig mindre miljøavtrykk

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



## Innspill: Nevrologisk poliklinikk videreføres som i dag. Helgelandsfunksjon.

Problem vi ønsker løst: Står i fare for å miste nevrologisk fagmiljø på HL. Mosjøen geografiske midtpkt. på HL. Mister vårt gode og etablerte fagmiljø hvis funksjon flyttes, da vil nevrologene flytte fra HL og vi får dårligere nevrologtilbud til HLs befolkning. Ved flytting av funksjon fra Mosjøen vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasientene, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk. Lange ventelister og fristbrudd. Pasientklager og uheldige pas.hendelser kan oppstå pga lange ventetider.

### Pro

- Pas. i sentrum: Gjennomsnittlig kortere reisevei for HL-pasienten, sl. reise til SSJ. Mosjøen geografiske midt.pkt. på HL.
- Stor aktivitet 2019-stip. 2022: antall opphold polikl. Nevrologi: 2600-3100/år , i tillegg til KNF-us: 1400-2050/år . Tett samarbeid mellom nevrologer og KNF-teknikere som bor i Mosjøen.
- Faglig
  - Godt etablert fagmiljø i MSJ som bør benyttes og videreutvikles
  - Fagfolkene finnes i MSJ ,lettere å stabilisere og rekruttere når stabilt fagmiljø
  - Nevrologene har tydelig signalisert at de forlater HL om de ikke får fortsette sin virksomhet i MSJ.
  - Vi unngår unødvendig lange ventelister og fristbrudd ved å beholde fagmiljøet slik at dagens aktivitet ikke stopper opp pga mangel på fagfolk.
- Miljøaspekt
  - MSJ midt på Helgeland, kortete og billigere å reise til MSJ, kontra reise til SSJ, betydelig mindre miljøavtrykk
- Bemanningsmessig
  - Vi beholder våre ansatte og færre nevrologer som må rekrutteres
- Økonomisk
  - Billigere reise til MSJ for de fleste pas kontra reise til SSJ
  - Sparer unødvendige kostnader på rekruttering av nytt fagmiljø
- Forholdet til vedtaket: ikke i strid med vedtaket
- Svært viktig at Rtg.avd. med CT og MR, samt KIP oh Intermediærsenger opprettholdes mtp. det tette samarbeidet disse har med nevrologene.

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst
- Ingen argumenter mot.

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Klinisk neurofysiologi(KNF)-undersøkelser videreføres som i dag. Helgelandsfunksjon.

Problem vi ønsker løst: Står i fare for å miste fagmiljøet dersom KNF-tilbudet flyttes fra Mosjøen. Mosjøen geografiske midtpkt. på HL hvilket gir gjennomsnittlige HL-pas. kortere reisetid til KNF-us med påfølgende økonomisk gevinst i sparte reiseutgifter og mindre miljøavtrykk. KNF-teknikere er lok. til MSJ og må være samlokalisert med resten av neurologien. Fare for å miste vårt gode og etablerte fagmiljø hvis funksjon flyttes, med påfølgende økte reisekostnader for mesteparten av alle pasientene. Behov for å rekruttere helt nytt fagmiljø

### Pro

- Pas. i sentrum: Gjennomsnittlig kortere reisevei for HL-pasienten, sl. reise til SSJ. Mosjøen geografiske midt.pkt. på HL.
- Stor aktivitet 2019-stip. 2022: KNF-us: 1400-2050/år . Antall opphold polikl. Neurologi: 2600-3100/år. Tett samarbeid mellom KNF-teknikere og nevrologer som bor i Mosjøen.
- Faglig
  - Godt etablert fagmiljø i MSJ som bør benyttes og videreutvikles
  - Fagfolkene finnes i MSJ ,lettere å stabilisere og rekruttere når stabilt fagmiljø
  - Klinisk neurofysiolog og neurofysiologteknikere har tydelig signalisert at de forlater HSYK og HL om de ikke får fortsette sin virksomhet i MSJ.
- Bemanningsmessig
  - Vi beholder våre ansatte og slipper å starte ny rekrutteringsprosess
  - Mulighet for å rekruttere klinisk neurofysiolog hvis poliklinikken fortsatt drives fra Mosjøen.
- Økonomisk
  - Vi unngår at all aktivitet stopper opp og ventelister som fører til økte kostnader med at alle pasienter må sendes ut av foretaket . Unngår kostnader med unødvendig rekruttering av nye fagfolk.
  - Billigere reise til MSJ for de fleste pas kontra reise til SSJ
- Forholdet til vedtaket
  - ikke i strid med vedtaket
  - Miljøaspektet: Mosjøen midt på Helgeland, kortete og billigere å reise til MSJ, kontra reise til SSJ, betydelig mindre miljøavtrykk

### Con

- Faglig
  - Ingen
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Søvnlaboratorium videreføres som i dag. Helgelandsfunksjon.

Problem vi ønsker løst: Står i fare for å miste fagmiljøet dersom søvnlab-tilbudet flyttes fra Mosjøen. Mosjøen geografiske midtpkt. på HL. Hvis nevrologene flytter fra HL, får vi får et dårligere søvnutredningstilbud til HLs befolkning. Ved flytting av funksjon fra Mosjøen vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasientene, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk. Lange ventelister og fristbrudd. Pasientklager og uheldige pas.hendelser kan oppstå pga lange ventetider.

Pasvennlighet:

### Pro

- Faglig
  - Godt etablert fagmiljø i MSJ som bør benyttes og videreutvikles
  - Fagfolkene finnes i MSJ ,lettere å stabilisere og rekruttere når stabilt fagmiljø
- Bemanningsmessig
  - Vi beholder våre ansatte og slipper å starte ny rekrutteringsprosess
- Økonomisk
  - Vi unngår at all aktivitet stopper opp og ventelister som fører til økte kostnader med at alle pasienter må sendes ut av foretaket . Unngår kostnader med unødvendig rekruttering av nye fagfolk
  - Billigere reise til MSJ for de fleste pas kontra reise til SSJ
- Forholdet til vedtaket
  - -ikke i strid med vedtak pga poliklinisk aktivitet
- Miljøaspekt
  - MSJ midt på Helgeland, kortete og billigere å reise til MSJ, kontra reise til SSJ, betydelig mindre miljøavtrykk
- Pasientvennlig i fht. gjennomsnittlig kortere reisevei for HL-pas ved søvnutredning.
- Aktivitet jfr. VA siste 3 år og stip. 2022: RPG: 473/år, PSG: 47/år og MSLT:35/år. Disse
- Pas får et dårligere søvnutredningstilbud og må reise ut av HL om tilbudet forsvinner

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Utdanne/ansette neurologisk sykepleier.

Problem vi ønsker løst: kapasitetsutfordringer for nevrologene( burde hatt 1 nevrolog pr 15000 innbygger= 5 nevrologer på Helgeland) Oppgaveglidning fra nevrolog til nevrologisk spl.: selekterte nevr. konsultasjoner samt for eksempel selekterte Botox-injeksjoner kan løse noe av dette. Vi er eneste sykehus uten nevrologisk sykepleier. Forbedre kvalitet på oppfølging av bla. pas med Parkinson, epilepsi og hodepine og og få på plass fast kursleder for nevrologiske LMS-kurs.

### Pro

- Pas.vennlig: Mosjøen sentralt på HL, gjennomsnittlig kortere reisetid for pas som skal til nevr. rpl.
- Faglig
  - Forhindrer fristbrudd og korter ned ventelister, totalt forbedret kvalitet i pas.beh.
- Bemanningsmessig
  - Ansette nevr. spl. i 100% stilling
- Økonomisk
  - Forhindrer fristbrudd og korter ned ventelister kontroller, derfor mindre gjestepas.utgifter. Kortere og billigere å reise til MSJ, kontra reise til SSJ, med påflg. økonomisk gevinst.
- Forholdet til vedtaket
  - Ikke i strid med vedtak.
- Miljøaspekt
  - MSJ midt på Helgeland, betydelig mindre miljøavtrykk

### Con

- Faglig
  - Ingen
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: CT/MR

Problem vi ønsker løst: Uten CT/MR vil man ikke kunne gi et godt nok neurologisk tilbud til Helgelands befolkning. Mosjøen er sentralt på HL som gir gjennomsnittlig kortere reisetid for pas, samt økonomiske besparelser og mindre miljøavtrykk. CT og MR er en absolutt nødvendighet i forbindelse med utredning og oppfølging /monitorering av nærmest ALLE neurologiske problemstillinger.

### Pro

- Pas.vennlig: gjennomsnittlig kortere reisevei for pas som i neurologisk regi skal utredes med CT eller MR
- Faglig
  - Er allerede etablert godt neurologisk fagmiljø som samarbeider utmerket med det gode radiologiske miljø.
  - MR nødv. i akutte tilfeller som feks. hjerneslag og epilepsi, samt for øvrig i utrednings og oppfølgingsammenheng.
- De aller flest neurologiske tilstandene utredes billedmessig poliklinisk med MR.
- Akutt er MR nødvendig minst med tanke på wake-up slag.
- Bemanningsmessig
  - Tilstedeværende radiograf og radiolog
- Økonomisk
  - Økonomisk besparelse mtp. gjennomsnittlig kortere reisevei for pasientene
- Forholdet til vedtaket
  - Ikke i strid med vedtaket
- Miljøaspekt
  - MSI midt på Helgeland, kortere og billigere å reise til MSI, kontra reise til

### Con

- Faglig
  - Ingen
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Kreft og infusjonspoliklinikk(KIP) videreføres som i dag.

Problem vi ønsker løst: Unngå lang reisevei og belastning for en veldig syk/sårbar gruppe med behov for tett vurdering, behandling og oppfølging

## Pro

- **Faglig**
  - Dette er en gruppe som på ingen måte må få lengre reisevei, da de har såpass tett oppfølging og kontakt (av og til ukentlig) med vurderende og behandlende enhet på KIP
  - Kompetansen sitter her allerede med spesialistutdannede sykepleiere, leger med lang erfaring
- **Bemanningsmessig**
  - Å fjerne funksjonen vil fjerne kompetanse og overbelaste andre enheter
- **Økonomisk**
  - Pasientreiser vil spares enorme utgifter ved å bevare funksjonen
- **Forholdet til vedtaket**
  - I tråd med vedtak

## Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Etablere palliativt team med Helgelandsfunksjon.

Problem vi ønsker løst: Palliativt team mangler i stor grad på Helgeland, og vil være et godt tilbud til palliative pasienter som vil være hjemme, men som har kompliserte behov

### Pro

- **Faglig**
  - Palliativt team «bridger» mellom primær og spesialist-helsetjenestene, og er et udekket behov i stor grad. Dersom vi får det bedre på plass vil vi unngå en del unødige innleggelser og polikliniske konsultasjoner, vi vil bedre pasienten autonomi og mulighet til å bo hjemme i livets siste dager, på en bedre måte
- **Bemanningsmessig**
  - Personell finnes, kan omstrukturere litt
- **Økonomisk**
  - Vil avlaste andre enheter og bidra i sum positivt.
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i strid med vedtak.

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Intermediær sengepost i samarbeid med primærhelsetjenesten

Problem vi ønsker løst: Manglende sengetilbud vil gi unødig lang reisevei for pasienter som ikke trenger behandling eller obserivering på et akuttsykehus.

### Pro

- **Faglig**
  - Dette vil gi et meget godt tilbud til intermediære pasienter som kan behandles lokalt med redusert transport for pasienter og AMK, det vil avlaste andre enheter
- **Bemanningsmessig**
  - Personell finnes allerede tilstede, bortkastet ressurs å fjerne disse når de ikke blir med til andre enheter
- **Økonomisk**
  - Gunstig for AMK å redusere transport, gunstig for andre enheter å unngå overbelastning og ekstra innleie av vikarer, gunstig fordi man ikke mister like mye kompetanse som i disse dager rimelig vanskelig å erstatte
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i strid med vedtaket.

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Stabiliseringsfunksjon akutt dårlige pasienter

Problem vi ønsker løst: Manglende mulighet for lokal stabilisering av dårlige pasienter med behov for rask medisinsk eller kirurgisk hjelp, dersom tilbudet fjernes.

### Pro

- **Faglig**
  - Vi har ansvar for å gi hele befolkningen et godt og likeverdig helsetilbud, når reisevei blir for lang går det på bekostning av liv og helse. Dette tiltaket kan bøte noe på det.
  - Ved å opprette lokal stabiliseringstilbud vil en stor andel pasienter få tidlig vurdering og behandling av tidskritiske sykdomstilstander
- **Bemanningsmessig**
  - Krevere anestesiberedskap i passiv vakt, som samlokaliseres med AMK og hentes ut ved behov
- **Økonomisk**
  - Koster litt, døde mennesker koster uendelig mer
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i strid med vedtak.

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



**Kirurgisk område  
HSYK MSJ**

Kvalitet

Respekt

Trygghet

**Innspill:** Hudpoliklinikken skal være i Mosjøen

**Problem vi ønsker løst:** Ta vare på det regionale tilbudet, bevare fagmiljøet i Mosjøen, hindre at befolkningen får et dårligere dermatologisk tilbud.

## Pro

- **Faglig**
  - Etablert bredt dermatologisk tilbud. Kompetansesenter på Helgeland som yter faglig støtte til både Sandnessjøen og MIR.
- **Bemanningsmessig**
  - Beholde eksisterende bemanning. Flytting av avdelingen vil føre til tap av personell. Hudlege og sykepleiere med spesialkompetanse.
  - Det er svært vanskelig å rekruttere både hudlege og dermatologiske sykepleiere.
  - Større befolkning å rekruttere fra i Mosjøen enn i Sandnessjøen
- **Økonomisk**
  - Sentral plassering på Helgeland gir lavere kostnader til pasienttransport. Eldre pasientgruppe med behov for ledsager mm. Mange pasienter har hyppige kontakter. Eks. lysbehandling (x3 pr. uke i 8-10 uker)
  - Unngå pasientlekkasje ved kapasitetsproblemer. Eks. pakkeforløp.
  - 6400 konsultasjoner som gir inntekter for sykehuset! Det risikerer vi å miste til det private eller ut av regionen.
- Forholdet til vedtaket
  - Ikke i strid med vedtaket

## Con

- **Faglig**
  - ingen
- **Bemanningsmessig**
  - ingen
- **Økonomisk**
  - ingen
- **Forholdet til vedtaket**

**Kompenserende tiltak:** Tekst

**Behov for faktagrunnlag:** Tekst

**Innspill:** Oftalmologisk avdeling må være i Mosjøen

**Problem vi ønsker løst:** Beholde fagmiljøet og personell. Unngå at befolkningen i Vefsn, Grane, Hattfjelldal, Sandnessjøen og Mo i Rana får et dårligere oftalmologisk tilbud da det ikke finnes annen kapasitet på Helgeland.

## Pro

- Faglig
  - Beholder et robust tilbud som tar unna 4300 konsultasjoner årlig.
  - Unngår tap av personell da ingen av de ansatte ønsker å pendle.
- Bemanningsmessig
  - Det er attraktivt for oftalmologisk personell å jobbe for vikarbyrå.
  - Større befolkning å rekruttere fra enn i Sandnessjøen
- Økonomisk
  - Det er attraktivt for oftalmologisk personell å jobbe for vikarbyrå eller i privat praksis. Det er vanskelig for offentlige sykehus å konkurrere på økonomiske vilkår.
  - Innleie av vikarer er svært dyrt, og nøkkelpersonell må erstattes raskt. Da vi fikk vår faste øyelege i 2018 hadde vi vært uten fast øyelege i 5 år.
- Forholdet til vedtaket
  - Ingen konflikt med vedtaket

## Con

- Faglig
  - Ingen
- Bemanningsmessig
  - ingen
- Økonomisk
  - ingen
- Forholdet til vedtaket

**Kompenserende tiltak:** Tekst

**Behov for faktagrunnlag:** Behov for ny framskrivning av aktivitet. 2019-tall gir feil bilde av behovet.

Innspill: Urologisk poliklinikk

**Problem vi ønsker løst:** Beholde fagmiljø og personell. Stort fagmiljø! Unngå at befolkningen i Vefsn, Grane, Hattfjelldal, Sandnessjøen og Mo i Rana får et dårligere urologisk tilbud da det ikke finnes annen kapasitet på Helgeland.

## Pro

- Faglig
  - Unngå tap av personell (Urologer og uroterapeuter og sykepleiere med urologisk kompetanse).
  - Mange eldre pasienter med hyppige kontakter. Eks. blærestillasjoner (1 gang ukentlig i 6 uker, deretter hver 3. mnd i 3 år.) Cystoskopikontroller etter ca. vesica (hver 6-12 mnd i 5 år-livslangt).
- Bemanningsmessig
  - Stor poliklinisk aktivitet (3200 konsultasjoner). Det å legge til rette for poliklinisk virksomhet kan gjøre mulig for urologer med bosted i Mosjøen å bli i jobben. Da kan de ha operasjonsdager på hovedsykehuset og poliklinikk i Mosjøen.
  - Større befolkning å rekruttere fra
- Økonomisk
  - Stor pasientgruppe (mange pakkeforløp), behov for innleie av spesialister eller pasientlekkasje vil koste sykehuset mye.
  - Togkommunikasjon fra MIR, kortere reisevei fra MIR enn MIR-SSJ.
- Forholdet til vedtaket

## Con

- Faglig
  - Ingen
- Bemanningsmessig
- Økonomisk
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



**Innspill:** Kirurgisk poliklinikk med sårpoliklinikk, operasjonsstue, gjennomlysning, røntgen, CT og gipsestue

**Problem vi ønsker løst:** Beholde kirurgisk poliklinikk i Mosjøen. Unngå lang reisevei for pasienter fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Beholde kirurger og sykepleiere med lokal tilknytning.

## Pro

- Faglig
  - Vi har sårsykepleier og sårpoliklinikk som har mange eldre, skrøpelige pasienter med hyppige konsultasjoner. Veldig viktig at disse har et tilbud lokalt.
  - Beholde muligheten for småkirurgi og polikliniske vurdering av Generellkirurger og plastikkirurger i Mosjøen. Som tilbud for befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal og støtte til kommunal helsetjeneste.
  - Mulighet for konservativ bruddbehandling (Gips)
  - Bemanningsmessig
  - Kirurger med tilknytning til Mosjøen kan ha enkelte dager med arbeidsted her. Dette vil gjøre det enklere å rekruttere nye leger fra Mosjøen og beholde de kirurgene vi allerede har.
  - Redusere pendlebelastning for personell og pasienter
- Økonomisk
  - Redusert reisekostnader for pasientreiser
- Forholdet til vedtaket
  - Poliklinisk tilbud er ikke i strid med vedtak

## Con

- Faglig
  - Ingen
- Bemanningsmessig
  - Nei
- Økonomisk
  - Nei
- Forholdet til vedtaket
  - Nei

**Kompenserende tiltak:** Tekst

**Behov for faktagrunnlag:** Tekst

**Innspill:** Dagkirurgi, beholde dagkirurgi med anestesiberedskap på dagtid

**Problem vi ønsker løst:** Beholde nøkkelpersonell i Mosjøen. Opprettholde et godt tilbud til Vefsn, Grane og Hattfjelldal.

## Pro

- Faglig
  - Opprettholde et godt faglig miljø i Mosjøen og et godt tilbud til befolkningen, inkl. plastikkirurgi.
- Bemanningsmessig
  - Anestesiberedskap er nødvendig for å opprettholde medisinsk akuttberedskap og ha mulighet for stabilisering av pasienter. Tilstedeværelsen kan muliggjøre et mye større spekter av dagkirurgiske operasjoner.
  - Beholde kirurger, operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere og anestesilege i Helgelandssykehuset. De vil forsvinne ut av helseforetaket dersom pendelbelastningen blir for stor.
- Økonomisk
  - Dagkirurgi er en økonomisk gunstig aktivitet for Helgelandssykehuset. I Mosjøen er det er særdeles godt drevet avdeling.
- Forholdet til vedtaket
  - Dagkirurgi er ikke i strid med vedtaket

## Con

- Faglig
  - Nei
- Bemanningsmessig
  - Nei
- Økonomisk
  - Nei
- Forholdet til vedtaket
  - Nei

**Kompenserende tiltak:** Tekst

**Behov for faktagrunnlag:** Tekst

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÆTIE



**Intensiv/akuttmottak  
Anestesi/operasjon  
HSYK MSJ**

Kvalitet

Respekt

Trygghet

Innspill: Utføre «Småinngrep» på poliklinikken med assistanse av operasjonssykepleier

Problem vi ønsker løst: Pasienter slipper unødig reising

Gjøres idag

### Pro

- Faglig
  - Operasjonssykepleier og lege/kirurg
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Lønnsomt
- Forholdet til vedtaket
  - Innenfor

### Con

- Faglig
  - Ingen ulemper
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Ingen ulemper
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

**Innspill:** Kirurgisk poliklinikk med sårpoliklinikk, operasjonsstue, gjennomlysning, røntgen, CT og gipsestue

**Problem vi ønsker løst:** Beholde kirurgisk poliklinikk i Mosjøen. Unngå lang reisevei for pasienter fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Beholde kirurger og sykepleiere med lokal tilknytning.

## Pro

- Faglig
  - Vi har sårsykepleier og sårpoliklinikk som har mange eldre, skrøpelige pasienter med hyppige konsultasjoner. Veldig viktig at disse har et tilbud lokalt.
  - Beholde muligheten for småkirurgi og polikliniske vurdering av Generellkirurger i Mosjøen. Som tilbud for befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal og støtte til kommunal helsetjeneste.
  - Mulighet for konservativ bruddbehandling (Gips)
  - Bemanningsmessig
  - Kirurger med tilknytning til Mosjøen kan ha enkelte dager med arbeidsted her. Dette vil gjøre det enklere å rekruttere nye leger fra Mosjøen og beholde de kirurgene vi allerede har.
  - Redusere pendlebelastning for personell og pasienter
- Økonomisk
  - Redusert reisekostnader for pasientreiser
- Forholdet til vedtaket
  - Poliklinisk tilbud er ikke i strid med vedtak

## Con

- Faglig
  - Ingen
- Bemanningsmessig
  - Nei
- Økonomisk
  - Nei
- Forholdet til vedtaket
  - Nei

**Kompenserende tiltak:** Tekst

**Behov for faktagrunnlag:** Tekst

Innspill: Etablere mobil enhet med anestesi/intensivkompetanse (intensivambulanse, akuttbil etc) i MSJ

Problem vi ønsker løst: Mangler i dag en forberedt beredskap/kapasitet for transport av intensivpasienter

## Pro

- **Faglig**
  - Sikre riktig og forsvarlig behandling til pasienter med organsvikt, vil tilføre prehospital tjeneste et faglig løft
  - Gir bedre og sikrere pasientbehandling.
  - Stabilisering av vitale funksjoner under transport til endelig behandlingssted
- **Bemanningsmessig**
  - Anestesi/intensivpersonell må ha en beredskap
  - Må ses i kombinasjon med annen jobb inhospitalt min 30% for sikre opprettholdelse av faglig kompetanse/ hospitering.
- **Økonomisk**
  - Personellkostnader avhenger av grad av beredskap og krav til responstid
- **Forholdet til vedtaket**
  - Innenfor som et supplement til eksisterende tjeneste

## Con

- **Faglig**
  - Sårbart
- **Bemanningsmessig**
  - Dårlig utnyttelse av personell, sårbart
- **Økonomisk**
  - Personellkostnader
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: flere paramedic inn i ambulanse, intensiv/ opplæringsenhet. Inhospitalt tilbud.

Behov for faktagrunnlag: Tekst

**Innspill:** Stabiliseringssenger i samarbeid med Vefsn kommune event. interkommunalt med Grane og Hattfjelldal 24/7 – tidskrisiske tilstander. Samtidighets konflikter, Kapasitets problemer på ambulanse, kompetanse på ambulanse personell

**Problem vi ønsker løst:** Stabilisering av medisinske pasienter med organsvikt før videre transport.

## Pro

- **Faglig**
  - Rask avklaring og behandling på tidskrisiske hendelser.
- **Bemanningsmessig**
  - 2 pr vakt sammensatt av spesialspl og spl. 24/7 Tilknyttet kommunal legeressurs.
- **Økonomisk**
  - Besparelse for unødvendig bruk av transport fra sør Helgeland og til akuttsykehus.
- **Forholdet til vedtaket**
  - Innenfor.

## Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

**Kompenserende tiltak:** Tekst

**Behov for faktagrunnlag:** Hva har kommunen sett for seg at de kan stille med av resurser.

Innspill:

Sterilsentral opprettholdes

Problem vi ønsker løst: Opprettholde drift med nødvendig tilførsel av sterilt utstyr.  
Nødvendig for all virksomhet poliklinisk og på døgnbasis

### Pro

- Faglig
  - Som i dag 1-2 hjelpepleier/helsefagarbeider isterilforsyning. Er en forutsetning for alle typer drift/virksomhet i sykehuset
- Bemanningmessig
  - 1,5 stilling
- Økonomisk
  - Lønnsomt
- Forholdet til vedtaket
  - Innenfor

### Con

- Faglig
  -
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÄTIE



**Røntgenavdelingen**  
**HSYK MSJ**

Kvalitet

Respekt

Trygghet

## Innspill: Opprettholde radiologisk tilbud i MSJ

Problem vi ønsker løst: unngå reisetid for pas, beholde konvensjonell røntgen, ultralyd, CT og MR. Unngå kostnader ved flytting av kostbart utstyr, dyr ombygging. Unngå reisekostnader for pas, avklare brudd i MSJ og unngå transport unødig, opprettholde godt samarbeid med miljøet i MSJ, hjerneslag, mange pas med kreftkontroller, kronikere mm.

### Pro

- **Faglig**
  - Etablert miljø med radiografer
  - 2 stk CT videreutdanning
  - 2 stk MR-videreutdanning
  - 1 stk digital bildebehandling videreutdanning
  - 1 (2 til jul) med videreutdanning i veiledning
- **Miljø/reisetid**
  - Stor masse polikliniske pasienter fra området trenger ikke reise så langt for kontroller og undersøkelser
- **Økonomisk**
  - Mindre reisekostnader enn om alle MSJ sine pasienter som trenger bildediagnostikk skal reise til SSJ eller MIR.
  - Utnytte allerede eksisterende lokaler som er tilpasset bildediagnostikk
  - Hindre at fagfolk reiser fra HSYK
- Forholdet til vedtaket

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Konvensjonell røntgen

**Problem vi ønsker løst:** Fortsatt ha tilbud om konvensjonell rtg i MSJ med store nok lokaler til senge/båre-fotografering, gjennomlysning for for eksempel oesofagus, OVD, uretragrafi, pyelografi, miksjonscystografi mm

### Pro

- Faglig
- Bemanningsmessig
  -
- Økonomisk
  - Poliklinisk drift
  - Kort reisevei for stor mengde pasienter til forholdsvis raske undersøkelser.
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

### Con

- Faglig
  - Dersom KUN konvensjonell rtg i MSJ frykter man bemanningsproblem. Ikke attraktivt å arbeide her med så begrenset tilbud.
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Ultralyd

Problem vi ønsker løst: Fremdeles drift av UL i MSJ

## Pro

- Faglig
  - Radiolog, UL med kontrast (lever/nyrer)
  - Radiograf
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

## Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: CT

Problem vi ønsker løst: Fremdeles drift på CT MSJ, Hvorfor er CT i Mosjøen kun en opsjon?

## Pro

- **Faglig**
  - 2 erfarne radiografer med spesifikk videreutdanning for CT ansatt
  - Mulighet for poliklinisk drift selv om man bare legger opp til at det skal være to sykehus på Helgeland
- **Bemanningsmessig**
  - Radiografer i Mosjøen med god og bred erfaring, godt utdannet
- **Økonomisk**
  - God mulighet for poliklinisk drift
  - Hjerneslag + andre akutte tilstander
  - Polikliniske kontroller av kreftpasienter, stor belastning å reise langt. Stort volum pasienter!
  - Reisetid for eldre pasienter reduseres med CT-tilbud i MSJ

## Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Mister man CT i MSJ vil man miste mange radiografer, det blir lite attraktivt å jobbe i MSJ med kun konvensjonell RTG!
  - Fagfolk vil søke seg andre jobber, for eksempel kommunalt, eller til andre foretak utenfor Helse Nord.
  - Negative til pendling til SSJ og MIR
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: MR

**Problem vi ønsker løst:** Polikliniske MR-undersøkelser kan utføres i MSJ slik som i dag. Allerede etablert samarbeid med bla.a urologer om MR-prostata, nevrologer om ulike MR-undersøkelser.

### Pro

- **Faglig kompetent miljø**
  - Ønsker å beholde radiografer i HSYK med lang ansiennitet og god kompetanse. Pendle til de to fremtidige sykehus ikke aktuelt.
  - Helgelandsfunksjon for MR av prostata
- **Bemanningsmessig**
  - Finnes faglig sterkt miljø med 2 radiografer med MR-videreutdanning (60 stp) og 1 radiograf med 20 stp i MR.
- **Økonomisk**
  - Mulighet for å drive utstrakt poliklinisk drift.
  - Allerede etablert lokale, billigst å drifte videre
  - Unngå lang reisevei for kreftpasienter/kronikere som skal kontrolleres jevnlig
  - Kan føre til økt inntjening ved god bruk av poliklinisk kapasitet
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i konflikt med vedtaket.

### Con

- **Faglig**
  - Får ikke samlet MR-miljø i HSYK, men dette legger man ikke opp til uansett med to sykehus.
- **Bemanningsmessig**
- **Økonomisk**
  - Dersom man skal erstatte MR i MSJ med utvidet drift i SSJ og MIR må man bygge om/nytt for å huse stor maskin med spesielle krav til rom/omgivelser. Billigst å beholde lokalitet MSJ.
  - Krever mer bemanning i SSJ og MIR med MR-kompetanse. Dette tar tid å etablere. Radiografer med MR-kompetanse er ettertraktet arbeidskraft i Norge. Radiografer fra MSJ i liten grad interessert i pendling.
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: CT Coronarangiografi med Helgelandsfunksjon i samarbeid med kardiolog

Problem vi ønsker løst: pasientreisetid

### Pro

- Faglig:
  - Finnes kardiologisk fagmiljø i MSJ
  - Ønsker videreutvikling med radiologisk miljø
  - 2 radiografer i MSJ med CT-videreutdanning
- Bemanningsmessig
  - Har 3 fast ansatte kardiologer i MSJ , og bør utnyttes
- Økonomisk
  - MSJ sentralt på Helgeland
  - Redusert pasientreisetid
  - Poliklinisk aktivitet
- Forholdet til vedtaket
  - Ikke i strid med vedtaket

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Dagens CT gir ikke mulighet for slik undersøkelse
  - Krever ny CT, noe en uansett må ha på plass da dagens er over 10 år
- Ingen argumenter mot

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Helgelandsfunksjoner (Urologi, Hud, Øye, Nevrologi, PlastKirurgi)

Problem vi ønsker løst: Fortsette poliklinisk drift av Helgelandsfunksjoner

### Pro

- Faglig  
Disse funksjonene ytes for HELE Helgeland (altså Nord (med Mo i Rans), Midt og Sør (med Brønnøysund))
- Bemanningsmessig  
Flere leger (og sykepleier/radiografer, også med spesialutdanning) kommer til å ikke flytte/pendle fra Mosjøen til hverken SSJ heller ikke Mo. Har allerede mistet høyt kompetente kolleger pga Tovåsen som lokalisering har blitt strøket.
- Økonomisk
  - Har etablerte strukturer som antakeligvis ikke trenger større investeringer
- Forholdet til vedtaket
- Ikke i strid

### Con

- Faglig  
----
- Bemanningsmessig
- Hvis ikke i Mosjøen stor fare for å miste kompetent folk med store utfordringer å bygge nye miljøer annet sted (å bygge opp fungerende miljø er tok flere år).
- Økonomisk
- Hvis ikke videreføres: Tap av pasienter til andre sykehus som gjestepasienter, øket belastning reisekostnader
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Ingen angående miljøbelastning. Faglig bygge opp nytt fagmiljø annen sted inklusive ny rekruttering

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Beholde aktuelle Helgelandsfunksjoner i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Dårligere tilbud for alle(!) Helgelandspasienter hvis funksjonene flyttes

## Pro

- **Faglig**
  - Beholde kompetanse
  - Bedre tilgjengelighet for alvorlig syke pasienter og ikke minst en del akutte pasienter (f.eks. slag pas fra midt og sør med hensyn til fare for betydelig dårligere outcome ved lengre reisevei/tid til behandling med følge av øket pleiebehov i etterkant)
- **Bemanningsmessig**
  - Beholde medarbeidere
- **Økonomisk**
  - Ingen eller minimale investeringer sammenlignet med kostnader hvis alt flyttes
  - Hvis ikke beholdes betydelig høyere investeringer på bygg (både rom OG parkeringsplasser – allerede knapt i dag) og på lang sikt på transport, samfunnsmessig med øket behov for sykefravær (fra timer til dag/dager)
  - Økete utgifter på nesten hele Helgeland m se reisetider angitt fra ambulansetjenesten
- Forholdet til vedtaket
  - Ikke i strid

## Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Kan stort sett ikke kompenseres med f.eks. telemedisin!!

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## INNSPILL FRA RADIOLOG KLAUS BECKER:

### Økonomi 1:

Vi trenger antall pasienter (alle polikliniske) som er fra både Mosjøen og Sørhelgeland (bortsett folk som sokner til Brønnøy og Alstahaug).

Dessuten trengs antall polikliniske pasienter fra Nordhelgeland som bruker polikliniske Helgelandsfunksjoner i Mosjøen.

Det bør multipliseres disse pasienttallene med ca 2 timer (angående Sørhelgelendinger) og ca 40 min (angående Nordhelgelendinger) for å få et estimat om øket tidsbehov, hvis det flyttes poliklinisk tilbud fra Mosjøen til hovedsykehus. Slik regning kan da selvfølgelig gjøres per poliklinikk.

Samtidig er summen av nevnte pasienttallene et estimat for øket belastning av veien, spesielt gjennom Toventunnel og deretter på den gamle veien til SSJ. I tillegg kan da estimeres grovt behov for tilleggs-parkeringsplasser i SSJ (antall pasienter \* estimert gjennomsnittlig oppholdstid \* estimat for pas som bruker bil). Bakgrunn: Fylkeskommunen hadde bl.a. argument mot Tovasen, at det øker belastningen av veien til SSJ. Sykehusbygg/sykehus-AD mente, at parkeringsplasser ved en ny sykehus må tas av sykehuset (!).

Øket tidsbehov er også en indikator for summen av tapt arbeidstid for arbeidsgiver og øket kostnad for både arbeidsgivere og/eller bl.a. NAV, altså øket kostnad for samfunn.

**Miljøpåvirkning** (samlet fin-støv, mikroplast, slitasje på kjøretøy, og vei) og øket fare for trafikkuhell (kanskje lite) spesielt på vinter, samt dårlig fremkommelighet avhengig av vær med sine konsekvenser burde tas med.

### Økonomi 2:

Det blitt aldri (etter det jeg husker fra prosessen) gjort en sammenligning av kostnader angående byggeprosjekt som sammenligner f.eks. alternative "beholde poliklinisk tilbud i Mosjøen" versus "gi opp tilbud og flytte alt til SSJ". Derfor anser jeg prosessen som uferdig, nesten useriøst angående dette. Man har heller ikke tatt med i betraktning, om en oppgradering av gamle psykiatrien eller et tilbygg ved somatisk sykehuset (med fortsatt poliklinisk drift) ville vært et alternativ til aktuelle planer ...

## **Tanker om pasientlogistikk (utover det som nevnt på kort-stabelen):**

Det kan lønne seg å stoppe med pasienter i Mosjøen til diagnostikk, både for pasientens helse, godt bruk av ressurser( transport) og godt bruk av tid. Eksempel:

Mistanke (!) om hoftebrudd:

a: pasient har ikke hoftebrudd (ikke skjeldent!), eller et brudd som kan behandles konservativt: Sparer reise til Mo inkludert at det er mer komfortabelt for pas (pasient i fokus), ressurs tidligere frigjort ambulansebil med personal) om 2 timer, spart ressursbruk og redusert belastning på Mo.

b: hoftebrudd: konfereres med ortoped (like som i dag) og stilles indikasjon til OP. Imens pasient da transporteres fra Mosjøen til Mo kan forberedes OPstue (incl. hente personal, materiell etc). Det betyr INGEN tidstap, helt motsatt. Det kan faktisk beregnes, om det er "lønnsomt" å kjøre pasienter litt nord fra Mosjøen først til Mosjen.. Anmerkning: Det er ikke et argument, at pasienten må omlastes fra bare til f.eks. røntgen, dette må gjøres uansett lokalisasjon. Enste "tidstap" er omlasting fra Rtg til ambulanse i tillfelle transport til Mo. Dette kan synliggjøre f.eks. med en prosessdiagramm.

c: Mistanke (!) om slag: Tas ct og kliniske undersøkelser

a: ikke slag (ikke sjelden!!): sparer masse ressurser med transport, spesielt hvis det er skrøpelige pasienter. Tydelig mindre belastning for pasienten selv.

b: hvis slag: Tidlig start av behandling og evtl. transport til trombektomi, sparer mer enn 1 time for slike pasienter. Kan utgjør forskjell i outcome. Dette er bl.a. en stor fordel med ct i Brønnøysund. Behandlings start i Mosjøen utgjør ingen større fare for pasienten enn det samme i Brønnøy !!

Mistanke om aortaaneurisma:

like som ved slag. Tidsfaktor har enormt betydning.

Akutt abdomen: Ct diagnostikk i Mosjøen kan forkorte tid til behandling, like som ortopedisk eksempel ovenfor. Mange flere eksempler, gjelder også andre diagnostiske prosedyrer. Med vel definerte prosedyrer (som bl.a. definerer når man ta diagnostikk i Mosjøen først) blir slikt fremgangsmåte ikke til pasientfelle, helt motsatt!!

### **Mange flere tanker, men for liten tid:**

Jeg syns at hele denne prosessen om Tilbud i Mosjøen er på avveie, bl.a. fordi den kommer sent inn i planleggings forløpet OG fordi man i tidligere forløpet antok poliklinisk drift i Mosjøe (om lag 50% etter sykehusbyggets anslag). Det er oppsiktsvekkende, at man allerede planla (arkitekttegninger) å stanse somatisk poliklinisk drift i Mosjøen FØR man nå i etterkant diskutere innhold i Mosjøen, Dette gjør stor mistanke, at aktuelt arbeids-gruppearbeid (som koster masse ressurser) blir bare kastet bort, fordi avgjørelsen er allerede gjort (en arkitekt tegner jo etter oppdrag og etter premisser den har fått).

Det er ingen objektiv behov å gjøre "hastverk" nå, fordi byggeprosjekt blir stanset i minst til økonomien er frisk meldt igjen.

Vi har etter mitt skjønn derfor en plikt å gjøre en grundig analyse til og med mulighet til å sette spørsmåltegn etter allerede vedtatte avgjørelser med hensyn til pasientens vel.

AD (og evt. Helse Nord) bør derfor begrunne grundig og skriftlig hvorfor det presser på prosessen til tross for øket risiko å fatte dårlige beslutninger med store og eventuelt dyre konsekvenser for både pasienter og ikke minst økonomi og levedyktighet til HSYK i fremtiden.

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÆTIE



**Laboratoriet/Blodbank  
HSYK MSJ**

Kvalitet

Respekt

Trygghet

## Innspill: Opprettholde laboratorietilbud som i dag

Problem vi ønsker løst: Analysere blodprøver som matcher det pasienttilbudet som gis v/HSYK MSJ i fremtiden og unngå at prøvene MÅ bli sendt til S.sjøen, Mo eler Bodø for analysering. Smidigheten i behandlingen opprettholdes. Tilbudet til PHT og sykehjemmene i V,G og H opprettholdes. Ekstern poliklinikk var i 2021 49% og i 2019 utgjorde det 56% av våre analyser

### Pro

- **Faglig**
  - Fortsatt utfordrende og interessant fagmiljø.
  - Adekvat tilbud til pasientgruppen som skal behandles i Mosjøen
- **Bemanningsmessig**
  - Som i dag
- **Økonomisk**
  - Unngår unødig transport av både pasienter og prøver
  - Klare å beholde analysene fra PHT innen Helse Nord (Fare for at prøver sendes Fûrst)
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i strid med vedtaket

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Lab, hematologi/koagulasjon/klinisk kjemi m/blodgass og immunoassey

Problem vi ønsker løst: Skal kunne serve KIP, medpol, dialyse, nevropol, dagkirurgi, intermediærsenger og PHT innen de fagområdene vi har i dag. Vil raskt kunne stille diagnoser og igangsette behandling v/hj.slag/hj.blødning, sepsis, meningitter og infarkter. Canserpas vil få rask og adekvat beh samme dag uten at pr sendes bort for analyse. Lungepasienter og apnoe pas vil kunne få tatt sine blodprøver i Msj.

### Pro

- **Faglig**
  - Godt og tilpasset tilbud til pasientgruppen som skal behandles i Mosjøen.
  - Interessant for bioingeniører å fortsatt jobbe i Mosjøen
- **Bemanningsmessig**
  - Som i dag
- **Økonomisk**
  - Unngå unødig reise/transport for pasienter
  - Unngå unødig frakt av prøver
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i strid med

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Laboratorietilbud innen mikrobiologi som i dag

Problem vi ønsker løst: Tidlig diagnostikk ved sepsis, meningitt og virusinfeksjoner. Utføres i dag ved at blodkulturer innkuberes i BactAlert og bakterier identifiseres på FilmArrev. Virus og bakt i spv identifiseres på FilmArrev. Bør opprettholdes

### Pro

- **Faglig**
  - Rask identifisering av bakterier og virus. Som resulterer i rask og riktig behandling
- **Bemanningsmessig**
  - Som i dag
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i strid

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



## Innspill: Blodbanken i MSJ ikke bare en tappestasjon.

Problem vi ønsker løst: Viktig at vi fortsatt skal kunne type&Screen pasienter hos oss. Mesteparten av blodet vi i dag gir, tranfunderes til canserpasienter og andre kronikere. Pas.gruppen må slippe unødig venting og fram og tilbakereiser for prøvetaking og transfusjoner.

### Pro

- **Faglig**
  - Godt tilbud til Canserpasienter og andre kronikere
  - Opprettholde et interessant arbeidssted for bioingeniører
- **Bemanningsmessig**
  - Som i dag
- **Økonomisk**
  - Unngår unødvendige reiser og transport av både pasienter og prøver
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i strid

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Tapping, produksjon av blod inkl. trc prod og tromocyttaferese og plasmaferese

Problem vi ønsker løst: Godt og stabilt blodgiverkorps i MSJ som kan utnyttes mye bedre (i dag ca 1,5 giving pr. år – max 4) Viktig ikke å miste givere, heller verve flere. Ferdig produksjon av blodkomponenter og ikke bare tapping. Plasmaferese, trc. aferese og trc.prod fra buffycoat er fullt mulig. Givere kan tas mot både på dagtid og ettermiddag

### Pro

- **Faglig**
  - Viktig å kunne utnytte den ressursen som blodgivere er. På landsbasis er det manko på blod og vi MÅ være med på å opprettholde tappingen og forsyningen i Nord. Produksjon av Trombocytter, enten ved buffycoat eller aferese vil styrke Helgeland.
  - Interessant jobbmessig
- **Bemanningsmessig**
  - Som i dag
- **Økonomisk**
  - Redusere kostnader til kjøp av Trc.konsentrat fra Nlsh og UNN
  - Øke salg av plasma v/plasmaferesetapping
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i strid med

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Opprettholde tilbud om venesectio i MSJ

Problem vi ønsker løst: Unngå reiser for pas som tilhører MSJ og som har behov for terapeutisk tapping. Tilbudet skal kunne gis uten at pas må ta unødvendig fri fra jobb for de yrkesaktive og uten «tunge» reiser for de eldre.

### Pro

- **Faglig**
  - Med på å opprettholde et variert jobbtilbud i Mosjøen.
- **Miljø/reisetid**
  - Unngå unødig reise, spesielt for denne pasientgruppen
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Ikke i strid

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Se på muligheten for vandrende blodbank.

Problem vi ønsker løst: Helse Nord og NokBlod (Norsk koordineringscenter for blodberedskap) har p.t et prosjekt i Finnmark der de ser på muligheten for vandrende blodbank. Ønske om å kunne tappe givere når behovet for fullblod er til stede. Korps av 0-givere som regelmessig types, screenes og testes. Skal evalueres i 2023/24

### Pro

- Faglig
  - Bedre tilbud til pasienter som har et **veldig stort blodtap** og derfor trenger fullblod som har både røde, trombocytter og plasma.
- Miljø/reisetid
  - Tekst
- Økonomisk
  - Vanskelig å si. Vi synes at dette må vi se nærmere på først når Finnmark er ferdig med sitt pilotprosjekt
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

### Con

- Faglig
  - Gjelder en veldig liten gruppe pasienter. Trenger mye ressurser i beredskap
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÄETIE



**Kliniske  
servicefunksjoner  
HSYK MSJ**

Kvalitet

Respekt

Trygghet

Innspill: Helserom Helgeland i Mosjøen/ polikliniske kontroller i Mosjøen med fysioterapeut og ergoterapeut.

Problem vi ønsker løst: Pasienter må reise langt for å få kontroller i SSJ eller Mo i Rana. Sikre mer effektive og økonomiske pasientforløp.

## Pro

- Faglig
  - Kan gjøres via telematikk, f.eks. som man gjør ved ort.pol i Sandnessjøen og Brønnøysund: Fysioterapeut gjør undersøkelsen av pasienten, mens ortoped deltar via telematikk.
  - Eks: Oppfølging med ergoterapeut etter håndkirurgi
  - Pasienten skånes for lengre reiser
- Bemanningmessig
  - Fysio/ergo- ressurser tilgjengelig på huset
  - Stillingene kan kombineres med psykisk helse/kommune
  - Kan samarbeide med kommunen om f.eks. rehabsenger.
  - **Behov for merkantil ressurs- mtp inntak og administrasjon**
- Økonomisk
  - Mindre utgifter til pasientreiser
  - Poliklinisk inntekt
    - En poliklinisk time vil gi ca. 1050 kr + egenandel 375 kr.
    - Flere enn en poliklinisk time pr. dag vil i prinsippet kunne dekke terapeutens lønn.
- Forholdet til vedtaket
  - Innenfor.

## Con

- Faglig
  - Mindre fagmiljø, men mulighet til å samarbeid på tvers digitalt
- Bemanningmessig
  -
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Fortsette et poliklinisk tilbud i Mosjøen med klinisk ernæringsfysiolog

Problem vi ønsker løst: Pasienter må reise langt for å få kontroller i SSJ eller Mo i Rana. Sikre et godt tilbud for Vefsn og omegn.

## Pro

- **Faglig**
  - Det er allerede et poliklinisk tilbud i Mosjøen med KEF. Barn, eldre, nyopererte, kreftpasienter, cøliaki, IBD, IBS, sykkelig overvekt. Pasienter fra BUP og VOP følges også opp. Det vil nå bli mer gunstig ved samlokalisering av psykiatri og somatikk. Pasienten skånes for lengre reiser.
- **Bemanningsmessig**
  - KEF- ressurser tilgjengelig på huset
  - KEF kan også bidra i LMS-kurs i Mosjøen
  - Evt. Ambulering 2-3 dager fra SSJ sykehus
- **Økonomisk**
  - Mindre utgifter til pasientreiser
  - Polikliniske inntekter:
    - En poliklinisk time vil gi ca. 1050 kr + egenandel på 375 kr
    - Ved flere enn en poliklinisk time pr. dag dekker dette i prinsippet den ansattes lønn
- **Forholdet til vedtaket**
  - Innenfor

## Con

- **Faglig**
  - Mindre fagmiljø
- **Bemanningsmessig**
  -
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Fysio/ergo/KEF- ressurser inn i nevrologisk poliklinikk

Problem vi ønsker løst: Manglende tverrfaglig poliklinisk tilbud til nevrologiske pasienter. Samtale/kartlegging for nydiagnostiserte (f.eks: MS, Parkinson). Oppfølgingsamtaler.

## Pro

- Faglig
  - Nevrologiske pasienter får tilbud om samtaler og kartlegginger. De vil få råd og veiledning til veien videre, etter å ha fått en ny diagnose. Fysio/ergo/KEF vil kunne henvise videre til riktige instanser og sørge for et godt forløp for pasienten.
- Bemanningmessig
  - Fysio/ergo/KEF ressurser tilgjengelig på huset.
- Økonomisk
  - Polikliniske inntekter
    - En poliklinisk time vil gi ca. 1050 kr + egenandel på 375 kr
    - Ved flere enn en poliklinisk time pr. dag dekker dette i prinsippet den ansattes lønn
- Forholdet til vedtaket
  - Usikkert mtp om nevrologisk plasseres i Mosjøen

## Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



## Innspill: Hjerneslagspoliklinikk i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Manglende tverrfaglig poliklinisk tilbud til hjerneslagpasienter i Mosjøen. Det bør tilbys en kontroll etter 3 mnd. Tilbys per i dag i SSJ

### Pro

- Faglig
  - Nasjonal faglig retningslinje for hjerneslag anbefaler en poliklinisk kontroll 1-3 mnd etter hjerneslaget. Kontrollen bør være tverrfaglig. Både SSJ og MIR har per i dag en tverrfaglig hjerneslagspoliklinikk, det er et stort behov for dette i Mosjøen også.
- Bemanningsmessig
  - Fysio/ergo/KEF ressurser tilgjengelig på huset.
  - Nevrologer tilgjengelig på huset
- Økonomisk
  - Polikliniske inntekter
    - Tverrfaglig takst:
    - Eksempel: Ved diagnosekode «Følgetilstander etter hjerneinfarkt» og bruk av prosedyrekode WMAA10 (tverrfaglig utredning) vil vi få inn 2450kr i DRG refusjon + 350kr i egenandel. (hentet i 2020, kan ha endret seg)
    - 2450kr + 351kr = 2801 kr + rammetilskudd
    - 2800x40 (pasienter) = 112040 kr i året + rammetilskudd
    - 2800x50 (pasienter) = 140050 kr i året + rammetilskudd
- Forholdet til vedtaket
  - innenfor

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Gruppetilbud i modell av hjertetrening SSJ

Problem vi ønsker løst: Manglende rehabiliteringstilbud for hjertepasienter i Vefsn og omegn. Pasienter opplever det for krevende å reise til SSJ for trening på dagtid.

### Pro

- **Faglig**
  - Hjerterehabiliteringen ved HSYK SSJ tilbyr gruppetrening for hjertepasienter. Treningen viser til gode resultater.
  - All forskning viser viktigheten av hjertetrening på høy intensitet, og at mange hjertepasienter trenger oppfølging etter f.eks operasjon for å bedre egen hjertehelse. Mange opplever å være engstelig for å presse seg etter opplevde hjertehendelser. Et kjempeviktig tilbud, som er mangelfullt her i Mosjøen.
- **Bemanningsmessig**
  - Fysioterapeuter tilgjengelig på huset
- **Økonomisk**
  - Polikliniske inntekter
  - Bare DRG-refusjonen vil kunne dekke terapeutens lønn (viser til SSJ).
- **Forholdet til vedtaket**
  - innenfor

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: LMS-kurs i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Unngå å miste tilbud om lærings- og mestringskurs, for pasienter og pårørende i Mosjøen og omegn.

### Pro

- Faglig
  - Hjertekurs
  - Hjerneslag
  - Parkinson
  - Diabetes
  - Sykelig overvekt
  - ++
- Bemanningsmessig
  - Fysio/ergo/KEF ressurser kan involveres.
- Økonomisk
  - Polikliniske inntekter
- Forholdet til vedtaket
  - innenfor

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÆTIE



**Kontortjenesten og  
Felles inntakskontor  
HSYK MSJ**

Kvalitet

Respekt

Trygghet

## Innspill: Skrivetjenesten i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Nærhet til behandlere

### Pro

- Faglig
  - Behandlere får direkte kontakt med skrivetjenesten
  - Kvalitetssikring av at dokumenter er fullstendige før utlevering
  - Behov for helsesekretærer tilknyttet ulike polikliniske tilbud
- Bemanningmessig
  - Nærhet til behandlere
  - Beholde kompetanse man har- krever lang opplæring, minst 6 mnd. for å fungere godt i jobben.
  - Kan følge opp oppgaver for Mo i Rana og Sandnessjøen i tillegg til Mosjøen
  - Ressurser kan benyttes på tvers med kommune og psykisk helse
- Økonomisk
  - Slipper nyrekruttering og lang opplæring
- Forholdet til vedtaket
  - Usikkerhet rundt hva vedtaket sier/planlegger om merkantile ressurser.

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Mindre nærhet til kolleger, kontra hvis alle hadde vært samlet for eksempel på Mo.
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Ekspedisjonen i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Tilgjengelighet for behandlere og pasienter

### Pro

- Faglig
  - Behov for kontorpersonale i ekspedisjon
  - Møte pasientene og hjelpe dem med oppmøte registrering, betaling, svare på evt. spørsmål
  - Behov for helsesekretærer tilknyttet ulike polikliniske tilbud
  - Hjelp til å sette opp ø-hjelp timer
  - Bistå behandlere ved spørsmål vedr. oppgjør, oppmøteliste på pasienter, etc.
- Bemanningsmessig
  - Nærhet til behandlere
  - Beholde kompetanse man har- krever lang opplæring, minst 6 mnd. for å fungere godt i jobben.
  - Ressurser kan benyttes på tvers med kommune og psykisk helse
  - Det er oppgaver tilknyttet skanning av skjemaer som hentes fra avdelingene, post som distribueres internt og klargjøres for utsending eksternt.
  - Beredskapskompetanse ved akutte tilfeller
- Økonomisk
  - Slipper nyrekruttering og lang opplæring
- Forholdet til vedtaket
  - Usikkerhet rundt hva vedtaket sier/planlegger om merkantile ressurser.

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Kontortjenesten i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: God støttefunksjon for det Somatiske og Psykiatriske tilbudet i Mosjøen

### Pro

- **Faglig**
  - Behov for kontorpersonale i ekspedisjon
  - Behov for helsesekretærer tilknyttet ulike polikliniske tilbud
- **Bemanningsmessig**
  - Nærhet til behandlere
  - Beholde kompetanse man har- krever lang opplæring, minst 6 mnd. for å fungere godt i jobben.
  - Kan følge opp oppgaver for Mo i Rana og Sandnessjøen i tillegg til Mosjøen
  - Ressurser kan benyttes på tvers med kommune og psykisk helse
- **Økonomisk**
  - Slipper pendling
  - Slipper nyrekruttering og lang opplæring
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Mindre nærhet til kolleger, kontra hvis alle hadde vært samlet for eksempel på Mo.
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Inntakskontor i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: God støttefunksjon for det Somatiske og Psykiatriske tilbudet i Mosjøen

### Pro

- Faglig
  - Behandlere har direkte tilgang til inntak
  - Kvalitetssikring av hvilken type behandling som skal gjøres.
  - Behandlere spør ofte om hjelp til oppsett i DIPS, f.eks. avslutte pasienter rett
  - Hjelp til raske oppsett av Ø-hjelp, f.eks. EKG, ekko, avhengig av hvilke tilbud som blir her.
  - Sikre at henvisninger er gjort rett.
  - Faglig oppfølging av rutiner/prosedyrer.
  - Ved tilstedeværelse oppnår man raskere omstilling/endring av driften og inntaket.
  - Ved katastrofe har man merkbart personell tilstede for å utføre den administrative pasientjobben. Mang fysiske ting som skal være på plass.
- Bemanningsmessig
  - Nærhet til behandlere
  - Beholde kompetanse man har- krever lang opplæring, minst 6 mnd. for å fungere godt i jobben.
  - Ressurser kan benyttes på tvers med kommune og psykisk helse
  - Ressurser kan benyttes på tvers med kommune og psykisk helse
- Økonomisk
  - Beholde kompetanse nært virksomheten som driftes.
  - Sikre rett oppsatte timer for å sikre at man får rett økonomisk oppgjør.
- Forholdet til vedtaket

### Con

- Faglig
  - Mindre nærhet til kolleger, kontra hvis alle hadde vært samlet for eksempel på Mo.
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Kodekontrollere lokalisert i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: God støttefunksjon for det Somatiske og Psykiatriske tilbudet i Mosjøen

## Pro

- Faglig
  - Beholde kodekompetanse i Mosjøen
  - Sørge for opplæring/oppfølging av behandlere i forhold til koding.
  - Beredskapsplan katastrofe.
- Bemanningsmessig
  - Nærhet til behandlere
  - Beholde kompetanse man har- krever lang opplæring, minst 6 mnd. for å fungere godt i jobben.
- Økonomisk
  - Viktig for å sikre DRG inntekter
- Forholdet til vedtaket

## Con

- Faglig
  - Mindre nærhet til kolleger, kontra hvis alle hadde vært samlet for eksempel på Mo eller i SSJ.
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

- Det har vært et beundringsverdig engasjement fra fagmiljøene ved HSYK MSJ med mange gode og konstruktive innspill på mulig fremtidig virksomhet ved HSYK MSJ. Areal foreslått/tiltenkt somatikk HSYK MSJ presentert i møtet 22.09.22 anses derfor som **alt for lite**.
- **Pasientfokus har stått i høysetet** både i fht. medisinskfaglig kvalitet i pasientforløpet samt fokus på minst mulig belastning for pasientene i fht. reisetid med påfølgende økonomisk gevinst og mindre miljøavtrykk.
- Det er også helt essensielt for god klinisk drift at naturlige tilhørende samarbeidsenheter som Laboratoriet/Blodbank, Røntgenavdeling (konvensjonell røntgen, ultralyd, CT og MR) samt støttefunksjoner som bla. merkantile tjenester og medisinsk teknisk avdeling opprettholdes ved HSYK MSJ.
- Konst. AD har gjentatte ganger presisert at det vil legges til rette for at nøkkelpersonell og legespesialister skal kunne jobbe og bo i Mosjøen. Hvis ikke dette gjennomføres vil viktig medisinskfaglig kompetanse forlate Helgeland med påfølgende dårligere spesialisthelsetjenestetilbud til Helgelands befolkning. Stabilisering samt nyrekruttering av nøkkelpersonell/legespesialister er også helt essensielt for et fremtidig godt spesialisthelsetjenestetilbud på Helgeland.

# ØKONOMISKE BETRAKTNINGER

- Tiden vil vise hvordan fremtidens Nye HSYK blir og om vedtatte strukturendring er realiserbar, Helse Nord og Helgelandssykehusets økonomiske situasjon tatt i betraktning.
- HSYK MSJ har i de siste årene før omorganisering til klinikkstruktur hatt god økonomistyring, og det har vært en selvfølge med bla. aktivitetsstyrt personell/ressursplanlegging samt oppgaveglidning.
- HSYK MSJ har også hatt best rekruttering av sykepleiere av sykehusenhetene på HL og har hatt ingen/minimal innleie av sykepleiere via firma.

**Ber om at prosjektledelsen i Nye HSYK ikke ignorerer våre innspill men tar de seriøst med i den videre prosessen!**

**Og vi forventer å gjenfinne svært mange av disse innspillene i den endelige innstilling til forslag om innhold ved HSYK MSJ i Nye HSYK.**



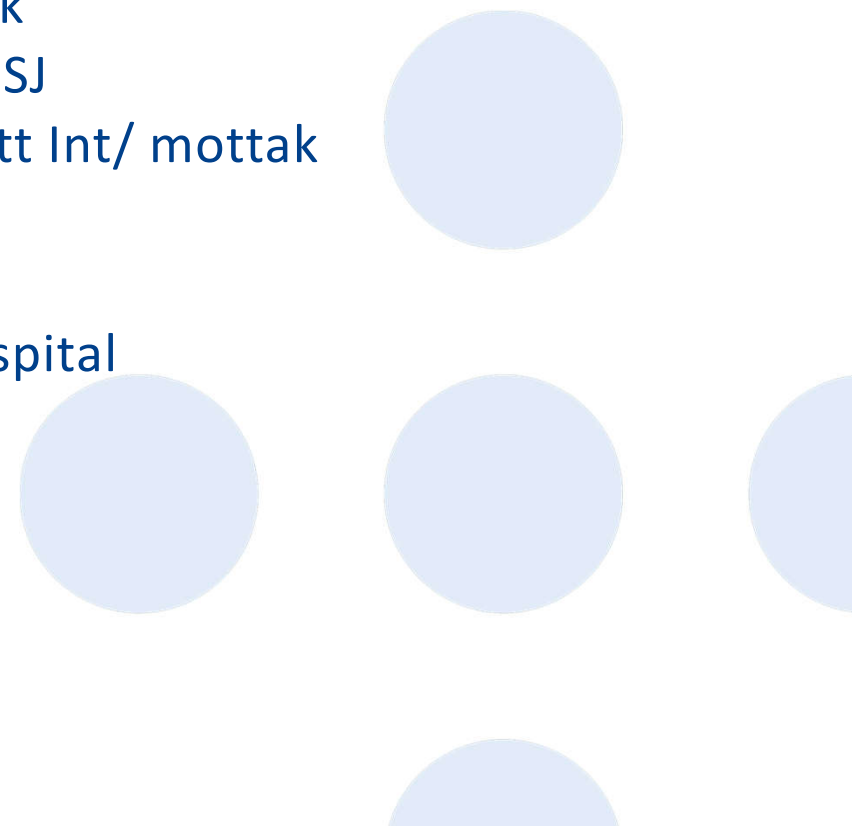


## Gruppearbeid 22.09.2022

---

Deltakere i gruppa:

- Merete Aufles, konstituert avd.leder AKM klinikk
- Tom Roger Strøm, enh.leder Intensiv/ mottak MSJ
- Elin Pettersen, Eva Bjørhusdal, Vegar Vinje ansatt Int/ mottak
- Anita Jensen, anestesipl
- Mathis U Ludvigsen, anestesipl
- Willy Engås, Morten Åkvik, fagutv/ansatt prehospital
- Espen N Jensen, enh.leder prehospital MSJ
- Pål Madsen klinikksjef prehospital klinikk





## Medvirkning vedrørende tilbud i Mosjøen

I henhold til vedtakspunkt 4

Kvalitet

Respekt

Trygghet





# Innspill fra lederne i Mosjøen

8. september 2022

Kvalitet

Respekt

Trygghet

Innspill: Dagkir aktivitet i Msj tilsvarende dagens med hovedfunksjon på uro og plastikk.

Problem vi ønsker løst: Behov i befolkningen,

## Pro

- **Faglig**
  - Beholde det etablerte fagmiljø på Helgeland. Dette er bygd opp over år.
- **Bemanningsmessig**
  - Stabilisering av dagens tilbud, samt opprettholde fagligmiljø som er pr i dagt
- **Økonomisk**
  - Unngå pasientlekkasje og unngå utstrakt innleie som følge av at tilbud forsvinner.
- **Forholdet til vedtaket**
  - Alle pasienter som i dag ikke er overliggere er definert som poliklinisk. Dette burde kunne videreføres. Ta med tall på hva overliggere utgjør i % av drfit.

## Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Følgetjeneste med int/ an spl.

Problem vi ønsker løst: økt kompetanse i pre hospital for transport intensiv transport. Stabilisering.

## Pro

- **Faglig**
  - Sikre riktig og forsvarlig behandling til pasienter med organsvikt, vil tilføre prehospital tjeneste et faglig løft.
- **Bemanningsmessig**
  - 1 minimum pr døgn. Må ses i kombinasjon med annen jobb min 30% for sikre opprettholdelse av faglig kompetanse/ hospitering.
- **Økonomisk**
  - uavklart, innenfor ramme av styrking av prehospital tjeneste.
- **Forholdet til vedtaket**
  - Innenfor som et supplement til eksisterende tjeneste

## Con

- **Faglig**
  - Sårbart
- **Bemanningsmessig**
  - Dårlig utnyttelse av personell, sårbart
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: flere paramedic inn i ambulanse, intensiv/ opplæringsenhet. Inhospitalt tilbud.

Behov for faktagrunnlag: Tekst

## Innspill: Kompetansesenter i Mosjøen for prehospital og inhospital tjeneste

Problem vi ønsker løst: Kompetanseheving, samtrening, felles prosedyrer, pasientsikkerhet for hele Helgeland

### Pro

- Faglig
  - Beholde og videreutvikle eksisterende miljø.
- Bemanningsmessig
  - Av eksisterende personell inospitalt og prehospitalt
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Innenfor

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Vandrende blodbank

Problem vi ønsker løst: Mathis fyller inn og kommer med mer.

## Pro

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

## Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Polikliniske pasienter 24/7 som idag

Problem vi ønsker løst: Pasienter slipper unødig reising

## Pro

- Faglig
  - Sykepleiere og leger
- Bemanningsmessig
  - Som idag
- Økonomisk
  - Lønnsomt
- Forholdet til vedtaket
  - Innenfor

## Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Ingen ulemper
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



**Innspill:** Akutte stabiliseringssenger for spesialisthelsetjenesten i Mosjøen

**Problem vi ønsker løst:** Stabilisering av medisinske pasienter med organsvikt før evt videre transport

## Pro

- **Faglig**
  - Rask avklaring og behandling til tidskritiske hendelser som sikrer
- **Bemanningsmessig**
  - 2 pr vakt sammensatt av spesialspl og spl. 24/7 Tilknyttet legeressurs
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Innenfor. I kombinasjon med intermediasenger?

## Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

**Kompenserende tiltak:** Tekst

**Behov for faktagrunnlag:** Tekst



Innspill: Utføre «Småinngrep» på poliklinikken med assistanse av operasjonssykepleier

Problem vi ønsker løst: Pasienter slipper unødig reising

Gjøres idag

## Pro

- Faglig
  - Operasjonssykepleier og lege/kirurg
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Lønnsomt
- Forholdet til vedtaket
  - Innenfor

## Con

- Faglig
  - Ingen ulemper
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Ingen ulemper
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Ønsker døgkontinuerlig CT i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Sikre rask diagnostikk av eks hjerneslag, samfunnsøkonomisk perspektiv, for diagnostikk poliklinisk virksomhet, videreføring av det som allerede gjøres i MSJ.

## Pro

- Faglig
  - Bevare eksisterende høyt kompetente radiografer.
- Bemanningsmessig
  - Radiograf på dagtid minimum, prehospital utenfor radiologens arb tid.
- Økonomisk
  - bærekraftig
- Forholdet til vedtaket
  - Innenfor.

## Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: CT i bil

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Ønsker gastrolab (screening for tarmkreft) i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Tekst

## Pro

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

## Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Sterilsentral opprettholdes

Problem vi ønsker løst: Opprettholde drift med nødvendig tilførsel av sterilt utstyr.  
Nødvendig for all virksomhet poliklinisk og på døgnbasis

### Pro

- Faglig
  - Som i dag 1-2 hjelpepleier/helsefagarbeider isterilforsyning. Er en forutsetning for alle typer drift/virksomhet i sykehuset
- Bemanningmessig
  - 1,5 stilling
- Økonomisk
  - Lønnsomt
- Forholdet til vedtaket
  - Innenfor

### Con

- Faglig
  -
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



**Innspill:** Intermediærsenger fra spesialisthelsetjenesten i Mosjøen

**Problem vi ønsker løst:** Behov for døgnenger i Mosjøen

## Pro

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

## Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

**Kompenserende tiltak:** Tekst

**Behov for faktagrunnlag:** Tekst



Innspill: ønske om å beholde det urologiske tilbudet i Mosjøen slik det er i dag.

Problem vi ønsker løst: Tekst

## Pro

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

## Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



# Innspill fra lederne i Mosjøen

8. september 2022

Kvalitet

Respekt

Trygghet



**Innspill:** Akutte stabiliseringssenger for spesialisthelsetjenesten i Mosjøen

**Problem vi ønsker løst:** Tekst

### Pro

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



**Innspill:** Ønsker utvidet lab i Mosjøen. Sykehuset gjør mange analyser for primærhelsetjenesten i tilgrensende geografiske områder. Legge opp til trombocyttaferese i Mosjøen.

**Problem vi ønsker løst:** Tekst

### Pro

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

### Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Ønsker CT i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Tekst

## Pro

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

## Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Ønsker gastrolab (screening for tarmkreft) i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Tekst

## Pro

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

## Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst





## Gruppearbeid 22.09.2022

---

Deltakere i gruppa:

- Espen Jensen, Prehosp
- Willy Engås, Prehosp
- Morten Åkvik; Prehosp
- Pål Madsen, Prehosp

*NB! Hvis det blir for lite plass for tekst i lysbildene, bruk notatfeltet i tillegg*



# Medvirkning vedrørende tilbud i Mosjøen

I henhold til vedtakspunkt 4

Kvalitet

Respekt

Trygghet



Innspill: Etablere mobil enhet med anestesi/intensivkompetanse (intensivambulanse, akuttbil etc) i MSJ

Problem vi ønsker løst: Mangler i dag en forberedt beredskap/kapasitet for transport av intensivpasienter

## Pro

- **Faglig**
  - Sikre riktig og forsvarlig behandling til pasienter med organsvikt, vil tilføre prehospital tjeneste et faglig løft
  - Gir bedre og sikrere pasientbehandling.
  - Stabilisering av vitale funksjoner under transport til endelig behandlingssted
- **Bemanningsmessig**
  - Anestesi/intensivpersonell må ha en beredskap
  - Må ses i kombinasjon med annen jobb inhospitalt min 30% for sikre opprettholdelse av faglig kompetanse/ hospitering.
- **Økonomisk**
  - Personellkostnader avhenger av grad av beredskap og krav til responstid
- **Forholdet til vedtaket**

## Con

- **Faglig**
  - Sårbart
- **Bemanningsmessig**
  - Dårlig utnyttelse av personell, sårbart
- **Økonomisk**
  - Personellkostnader
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: flere paramedic inn i ambulanse, intensiv/ opplæringsenhet. Inhospitalt tilbud.

Behov for faktagrunnlag: Tekst



## Innspill: Prehospitalt kompetanse- og treningscenter i Mosjøen

**Problem vi ønsker løst:** Mangler idag egnede fasiliteter for felles undervisning og samtrening mellom personell fra ulike tjenester og nødetater. Mangler simuleringsfasiliteter

### Pro

- **Faglig**
  - Bedre betingelser for undervisning, trening, herunder simulering
  - Felles undervisning og samtrening mellom ambulansepersonell, inospitalt personell og kommunalt personell samt andre nødetater
  - Prehospital fagstab får et samlingssted
- **Bemanningsmessig**
  - Benytter eksisterende personell inospitalt og prehospitalt
  - Ikke behov for flere ansatte
- **Økonomisk**
  - Utvikling av egnede lokaler dekkes innenfor rammen til Nye HSYK
- **Forholdet til vedtaket**
  - Innenfor

### Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Kostnader for Nye HSYK
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Ambulansepersonell deltar i kommunal legeutrykning/legebesøk med LV-bil

Problem vi ønsker løst: Tjenestene har ulike rutiner rundt pasientbehandling. Legevakten jobber alene og er presset på ressurser. Sikkerheten er dårlig ivaretatt under legebesøk hos ustabile pasienter.

## Pro

- Faglig
  - Samhandling styrker begge tjenestene faglig
  - Ambulansepersonell kan delta i pasientundersøkelse og behandling.
- Bemanningmessig
  - Ansettelse av flere ambulansesarbeidere avhengig av hvor stor del av døgnet som skal dekkes.
- Økonomisk
  - Kommunen dekker HSYKs ekstrakostnader
- Forholdet til vedtaket
  - Innenfor

## Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Større utgifter for kommunen
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

**Innspill:** Fysisk nærhet (gåavstand) mellom kommunal legevakt og ny ambulansestasjon i Mosjøen. Samarbeid.

**Problem vi ønsker løst:** Tjenestene har ulike rutiner rundt pasientbehandling. Legevakten jobber alene og er presset på ressurser. Sikkerheten er dårlig ivaretatt på legevakta.

## Pro

- **Faglig**
  - Samhandling styrker begge tjenestene faglig
  - Ambulansepersonell kan delta i pasientundersøkelse og behandling på legevakta.
- **Bemanningsmessig**
  - Ikke behov for flere ansatte
  - Ambulansepersonell kan ha avsatt tid til legevakta, men er likevel i beredskap for oppdrag.
- **Økonomisk**
  - Gunstig fordi det gir bedre utnyttelse av eksisterende personell
- **Forholdet til vedtaket**
  - Innenfor

## Con

- **Faglig**
  - Tekst
- **Bemanningsmessig**
  - Tekst
- **Økonomisk**
  - Tekst
- **Forholdet til vedtaket**
  - Tekst

**Kompenserende tiltak:** Tekst

**Behov for faktagrunnlag:** Tekst



Innspill:

Problem vi ønsker løst: Tekst

## Pro

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

## Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

28.09.2022

# Medvirkningsprosess sept/okt 2022

- Tilbakemelding fra Grane kommune

**Vedtaks punkt 4:** I konseptfasen utredes etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen. Som del av utredningen vurderes også det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern.

Bent Høie, 27.01.2020 – daværende helseminister:

«- I valget av sykehusstruktur på Helgeland har jeg både lagt vekt på utredningene som er gjort og de nasjonale føringene som ble lagt gjennom Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplanen. **Der slo regjeringen fast at det er et mål at alle pasienter skal få trygge og gode tjenester uavhengig av hvor de bor.** Derfor skal vi opprettholde en desentralisert sykehusstruktur.»

## Spesialisthelsetjenester i Mosjøen i HSYK 2025

På generelt grunnlag er det viktig at pasienter får utført nødvendige tjenester så nært bosted som mulig, dette for å redusere belastningen med å reise for dem som i utgangspunktet er syke og slitne – det er belastende nok å forflyttes når sykehusinnleggelse er nødvendig.

Vi har samsnakkert med Vefsn kommune og stiller oss bak deres tilbakemeldinger ang fremtidig innhold/drift i «sykehuskroppen» i Mosjøen.

I tillegg har Grane valgt å fylle inn matrisen som er vedlagt referat fra siste samarbeidsmøte, 22.09.2022. Vi understreker at når endelig struktur planlegges så skal de ca 16 000 innbyggerne som bor i Grane, Hattfjelldal og Vefsn ha minimum samme tilbud som de ca 12 000 innbyggerne som søker til DMS Brønnøysund får.



## Polikliniske tilbud

På individnivå: Hvis man uansett må bruke en hel dag på poliklinisk undersøkelse/behandling kan det være like greit å reise dit det er bredere/samlet tilbud og for deler av Granes innbyggere er det like greit å benytte sykehus i sør. Og velges poliklinisk tilbud utenfor Helgeland, vil evt påfølgende behandling sannsynligvis også foretrekkes ved samme institusjon. Stadig færre føler «lojalitet» i valg av tjenester, uansett hva det gjelder. En mulig faktor for å demme opp for flukten fra Helgelandssykehuset kan være å beholde kjent personell i Msj.

Meld. St. 40 (2020–2021)

Mål med mening— Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030



«1.6 Ingen skal utelates

Et grunnprinsipp bak 2030-agendaen er at ingen skal utelates – leave no one behind. Det betyr at den utviklingen vi oppnår i årene som kommer, ikke skal gå på bekostning av **enkeltpersoner**, grupper eller land – og spesielt komme de mest sårbare og marginaliserte til gode.

At ingen skal utelates er ikke mindre viktig i et rikt og velutviklet land som opplever rask og positiv utvikling. ***I norsk sammenheng er det nødvendig å sørge for at hele befolkningen får tilgang på god helse og utdanning og kommer i arbeid.***»

Referat fra samarbeidsmøte 22.09.2022:

Grane kommune ba om bekreftelse på utsagnet om at Nye Helgelandssykehuset skal gi alle pasienter et bedre tilbud. Konst. **AD: Vil ikke være mulig å garantere dette på individnivå** – mange vil mene at tjenesten blir dårligere pga. lang reisevei. Vi må se på totaliteten; at det å samle fagmiljøer i sum vil gi bedre helsetjenester for alle. Ber om at diskusjonene ikke hektes på tidligere utsagn, men løftes opp på et nivå der man ser totaliteten og arbeider sammen for å få alle muligheter opp på bordet.

«13.3)

Styrke enkeltpersoners og institusjoners evne til å motvirke, tilpasse seg og redusere konsekvensene av klimaendringer og deres evne til tidlig varsling, samt styrke kunnskapen og bevisstgjøringen om dette.»



Innspill: Hjerne og karsykdommer	
Problem som ønskes løst: Hjerterpoliklinikk: AEKG, EKKO, kontroll pacemaker og kontroll av hjertesviktpasienter	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig</li></ul> Dette innebærer alle de tjenestene som allerede tilbys i Msj per nå. <ul style="list-style-type: none"><li>• Bemanningsmessig</li></ul> Utnytte spesialistene i alle spesialiteter som må til for å opprettholde 2 akutenheter som er vedtatt <ul style="list-style-type: none"><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Bemanningsmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>
Kompenserende tiltak:	
Behov for faktagrunnlag:	

Innspill: Bildediagnostikk	
Problem som ønskes løst: Konvensjonell røntgen, ultralyd og computertomografi. Benyttes elektivt av poliklinikk og fastleger og i akutte situasjoner av legevakten	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig</li></ul> Foreslår samme tilbud som i Brønnøysund. Viktig å tenke på tidsaspektet ved enkelte diagnoser – de som skal forflyttes til Tromsø for behandling må slippe tur til Ssj når de kan hentes på flyplassen i Msj. <ul style="list-style-type: none"><li>• Bemanningsmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Bemanningsmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>
Kompenserende tiltak:	
Behov for faktagrunnlag:	

Innspill: Nevrologi	
Problem som ønskes løst: Nevrologiske undersøkelser og konsultasjoner.	
Pro	Con



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig</li> </ul> <p>Pr nå har Msj funksjon for hele Helgeland. Det er ingen gevinster å flytte dette tilbudet inn i byggene verken i Ssj eller Mir</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemanningsmessig</li> </ul> <p>Denne tjenesten er bygd opp over mange år i Mosjøen Kompetent personell er på plass. Risikerer at tjenesten forvitrer dersom den flyttes – det er ingen selvfølge at spesialistene som jobber i Msj i dag vil flytte til Ssj/Mir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomisk</li> </ul> <p>Ingen endringer fra nå-situasjon.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forholdet til vedtaket             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningsmessig             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>
Kompenserende tiltak:	
Behov for faktagrunnlag:	

Innspill: Dialyse	
Problem som ønskes løst:	
<p>Pro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig</li> </ul> <p>Minske belastningen med lang reisevei for undersøkelser og behandlinger som i seg selv er svært belastende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemanningsmessig</li> </ul> <p>Beholde kompetent personell som er tilgjengelig i Msj</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomisk</li> </ul> <p>Ingen endring dersom dagens tilbud opprettholdes, Dersom det legges ned vil Pasientreiser bli mer belastet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forholdet til vedtaket             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>	<p>Con</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningsmessig             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>
Kompenserende tiltak:	
Behov for faktagrunnlag:	

Innspill: Gynekologi/fødepol inkl ultralyd	
Problem som ønskes løst: Vanlig obstetriske- og gynekologiske undersøkelser, ultralydscreening ved jordmor	
<p>Pro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bærekraftsmål 3.4)</li> </ul>	<p>Con</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningsmessig</li> </ul>



«Innen 2030 redusere prematur dødelighet forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer med en tredel gjennom forebygging og behandling, og fremme mental helse og livskvalitet» - **Bl a derfor vi i Norge har tilbud om systematisk svangerskapsomsorg**

- Faglig

Ultralydscreening av jordmor; alle gravide skal ha tilbud om ul fra uke 12 i tillegg til ordinær screening uke 18 og evt oppfølging av mulige avvik og dette innebærer flere konsultasjoner. Gynekolog med obstetrisk kompetanse tilbyr kvinner kontroller og oppfølging. Det er ressursbesparende for alle parter at en spesialist flytter på seg fremfor 8 pasienter (med pårørende) skal forflytte seg.

Spesialisthelsetjenesten har i tillegg ansvar for vurdering- og følgetjeneste av gravide med jordmor. Dette er ennå ikke kommet på plass for Granes del. Det er mulig å se på en «base» i Msj med jordmødre som jobber poliklinisk for kommunene og som har vurderingsberedskap for følge. Det vil være bedre ressursutnyttelse om dette ble samlokalisert i Msj for Granes del enn at den ene jordmoren sitter i beredskap alene i Grane.

- Bemanningsmessig

Pr nå er det unge jordmødre som jobber som sykepleier i Msj mens det er ledige stillinger i Ssj/Mir. Denne fagkapasiteten bør utnyttes til beste for kvinner og familier i indre Helgeland.

Helgelandssykehuset har fremholdt at det skal være 2 «likeverdige fødeavdelinger» i Ssj og Mir. Dette innebærer at det må rekrutteres 10 spesialister i gynekologi for vaktberedskap (minimum samme antall spesialister i alle fag som skal tilbys både sør og nord). Disse spesialistene må ha noe å gjøre også på dagtid, det er følgelig mulig å ha daglig poliklinikk for kvinnene i Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Utfordrende å rekruttere spesialister til Helgeland – ikke minst til 2 små fødeenheter der det til sammen er ca 600 fødsler.

Det er også problematisk å rekruttere jordmødre til fødeavdelinger, og på Helgeland er det heller ikke nok jordmødre med spesialkompetanse i ultralyd. Desto viktigere er det da å mobilisere og beholde den fagkapasiteten som er i Msj gjennom å opprettholde poliklinikk.

- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst



Kompenserende tiltak:

Behov for faktagrunnlag:

Innspill: Pediatri

Problem som ønskes løst: Oppfølging av barn i alle aldre – fra nyfødt

Pro

- Faglig
- For barn som lever med sykdom er oppfølging viktig og den er gjerne tett ettersom barnet utvikler seg raskt.
- Helgeland har ingen barneavdeling, nærmeste avdeling i Nordland, er Bodø – 36 mil fra Trøfors sentrum. Det er viktig å ha pol kl tilbud nært, ikke minst med tanke på skolebarn/ungdom som mister undervisningstid når de må reise så mange mil at de mister hele dagen.
- Bemanningsmessig
- Bemannes med pediater og sykepleier
- Økonomisk
    - Tekst
  - Forholdet til vedtaket

Con

- Faglig
    - Tekst
  - Bemanningsmessig
- Utfordrende å rekruttere pediatere til Helgeland når det ikke er barneavdeling?
- Økonomisk
    - Tekst
  - Forholdet til vedtaket
    - Tekst

Kompenserende tiltak:

Behov for faktagrunnlag:

Innspill: Kjemoterapi/infusjonspoliklinikk

Problem som ønskes løst: Cytostatika, infusjonsbehandling og medikamenter for andre degenerative lidelser og spesielle syndromer som kan administreres lokalt.

Pro

- Faglig
- Minske belastningen med lang reisevei for undersøkelser og behandlinger som i seg selv er svært belastende.
- Bemanningsmessig
- Ivareta og beholde kompetent personell som er i Msj.
- Økonomisk
- Sparer utgifter til pasientreiser
- Forholdet til vedtaket
    - Tekst

Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak:



Behov for faktagrunnlag:

Innspill: Kirurgi	
Problem som ønskes løst: Dagkirurgi og småkirurgiske inngrep. Sårbehandling.	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig</li></ul> Ha det samme tilbudet for dagkirurgi som i dag. <ul style="list-style-type: none"><li>• Bemanningsmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk</li></ul> Dersom Ssj/Mir har kapasitet til å gjøre alle inngrepene som utføres pr nå i Msj uten økt behov for plass eller personell må det vel stilles spørsmål om der er overkapasitet i dagens drift? <ul style="list-style-type: none"><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Bemanningsmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>
Kompenserende tiltak:	
Behov for faktagrunnlag:	

Innspill: Øre nese hals	
Problem som ønskes løst: ØNH-endoskopier og -konsultasjoner	
Audiograf	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig</li></ul> Se beskrivelse for pediatri – mange av disse pasientene er barn/unge. I tillegg har mange hørselshemmede behov for undersøkelser/tilpasninger <ul style="list-style-type: none"><li>• Bemanningsmessig</li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Bemanningsmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>
Kompenserende tiltak:	
Behov for faktagrunnlag:	



Innspill: Ortopedi	
Problem som ønskes løst: Konsultasjoner med utredning, vurdering og behandling, kontroll etter operasjon, telemedisin.	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Bemanningsmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Bemanningsmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>
Kompenserende tiltak:	
Behov for faktagrunnlag:	

Innspill: Hud	
Problem som ønskes løst: Vanlig konsultasjon og administrering av lysbehandling, billedstøttende kontroller av hudlidelser.	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig</li></ul> <p>En del hudbehandlinger krever hyppige, korte behandlinger. Dersom denne tjenesten forsvinner, vil flere pasienter ikke få nødvendig behandling – for skoleungdom vil fraværet bli for stort og for pasienter i jobb må det hensyntas økt fravær, noe ikke alle arbeidsgivere ser positivt på.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bemanningsmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Bemanningsmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>
Kompenserende tiltak:	
Behov for faktagrunnlag:	



Innspill: Øye	
Problem som ønskes løst: Utredning og behandling av vanlige øyesykdommer og mindre inngrep.	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig</li></ul> Tilbud om alle tjenester som allerede tilbys i Msj <ul style="list-style-type: none"><li>• Bemanningmessig</li></ul> Allerede kompetent personell i Msj, spl med videreutdanning i øyespl. <ul style="list-style-type: none"><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Bemanningmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>
Kompenserende tiltak:	
Behov for faktagrunnlag:	

Innspill: Støttefunksjoner	
Problem som ønskes løst: Blodtransfusjon og blodtapping.	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig</li></ul> Disse funksjonene bidrar inn i andre livsviktige behandlinger. <ul style="list-style-type: none"><li>• Bemanningmessig</li></ul> Beholde kompetent personell i Msj <ul style="list-style-type: none"><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Bemanningmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>
Kompenserende tiltak:	
Behov for faktagrunnlag:	

Innspill: CPAP-behandling	
Problem som ønskes løst: Reduserer risiko for hjerte- og karsykdom og bedrer søvnighet og livskvalitet.	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig</li></ul> Beholde tilbudet som allerede er i Msj <ul style="list-style-type: none"><li>• Bemanningmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Bemanningmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>





Kompenserende tiltak:

Behov for faktagrunnlag: Mosjøen som leverer denne tjenesten på Helgeland pr nå. 237 behandlinger i 2021 – Nordlandssykehuset Bodø hadde 264 behandlinger samme år og ventetid på 16 – 32 uker.

Innspill: Ernæringsfysiolog

Problem som ønskes løst:

Pro

- Faglig
- Bemanningsmessig
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak:

Behov for faktagrunnlag:

Innspill: Diabetes

Problem som ønskes løst:

Pro

- Faglig
- Et fagfelt som tilbyr oppfølging og behandling til mennesker i alle aldre.
- Bemanningsmessig
  - Økonomisk
    - Tekst
  - Forholdet til vedtaket
    - Tekst

Con

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig
  - Tekst
- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kompenserende tiltak:

Behov for faktagrunnlag:

Helgelandssykehuset  
Postboks 601  
8607 MO I RANA

Dato: 28.09.2022  
Saksb: Lill Inger Reinfjell  
Telefon: 415 26 815  
Saknr:2022/1307-57  
Deres ref:

## Tilbakemelding fra Vefsn kommune på fremtidig innhold i «sykehuskroppen» i Mosjøen

Frist for tilbakemelding til HSYK onsdag 28. september kl. 1600.

### 1. Vefsn kommune forventer at sykehuset i Mosjøen opprettholdes som i dag inntil nytt hovedsykehus er etablert.

I vedtakspunkt 4 skal man bla utrede samlokalisering av kommunale helsetjenester. Kommunen er tydelig på at før man kan si noe om det må man vite hva som skal være igjen av spesialisthelsetjenester i Mosjøen.

#### **Kan man starte å ta ned i Mosjøen før man ser hvordan helheten blir?**

**Helgelandssykehuset HF er i en økonomisk krise i tillegg har de store utfordring på kvalitet. De har fristbrudd og har lange ventelister innen flere fagområder. Det er ikke forsvarlig å begynne å ta ned før de får kontroll over drift! Hvor er ROS-analysene for evt. iverksettelse av tiltak? Største besparelsen på kort sikt hadde vært å tatt ned prosjektorganisasjonen rundt nytt Helgelandssykehus.**

**En av de største utfordringene spesialisthelsetjenesten står overfor er rekruttering av kompetanse. Det er i Mosjøen flere kompetanseteam som har brukt år på å bygge seg opp.**

I siste møte ble det enighet om at kommunene i nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset Mosjøen skulle komme med tilbakemelding på hva de ønsker av tjenester ved sykehuset i Mosjøen. Helgelandssykehuset har satt opp en matrise for denne tilbakemeldingen.

Vefsn kommune velger å ikke forholde seg til matrisen men gi tilbakemelding gjennom dette brevet.

**Vefsn kommune må se hva sykehuset skal ha av spesialisthelsetjenester i Mosjøen før vi kan si noe om hva vi kan samarbeide om. Det er også en klar forventning om at en ikke starter med flytting av funksjoner og tjenester i Mosjøen før nytt hovedsykehus er realisert.**

**Vefsn kommune har fått frist til februar 2023 å gi tilbakemelding på hvilke tjenester en ser for seg å samarbeide med sykehuset om her i Mosjøen.**

## 2. DMS i Mosjøen

Befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal må ha et DMS med det samme polikliniske tilbudet som er planlagt i DMS i Brønnøysund. Det vil si et tilbud innen:

- hjerte
- kreftpoliklinikk
- dialyse
- hud/lysbehandling
- nevrologi
- CT
- konvensjonell røntgen
- sår poliklinikk
- gynekologi/ føde poliklinikk – ultralyd screening - følgetjeneste

I tillegg bør det være fortsatt være senger i Mosjøen for å sikre at særskilt kronikerne et godt tilbud.

Dette har vi i samarbeidsmøter med sykehuset belyst og begrunnet i flere runder. Vi tenker at det ikke skal være nødvendig med utvidet argumentasjon på dette.

I tillegg er det et stort behov for å få på plass palliativt team.

## 3. Rus og psykisk helsetjenester i ved Distriktpsykiatrisk senter i Mosjøen

Fylkestinget i sak 194/2019 punkt 6 har vedtatt følgende:

*Fylkestinget ber om at Helse Nord videreutvikler det distriktpsykiatriske miljøet i Mosjøen. Helse Nord bør bygge opp et tungt fagmiljø knyttet til psykiatri og rus i Mosjøen. Dette må være en viktig del av prosjektet Helgelandssykehuset 2025.*

I denne sammenhengen er det verdt å merke seg at HSYK har sagt at utvendige areal er et kriterium for hvor en skal videreutvikle psykiatritilbudet.

Vefsn kommune forventer at HSYK sørger for at det faglige tyngdepunktet for rus og psykiatri vil fortsatt være i Mosjøen. Vefsn kommune har ved flere anledninger påpekt av videreutvikling av tjenestetilbud innenfor rus og psykisk helse skal være i Mosjøen. Evt fremtidig akuttavdeling/ akuttsenger tilknyttet rus- og psykiatri må ligge til DPS i Mosjøen.

Ut fra informasjon Vefsn kommune har fått er prosjektgruppas planer er at aktivitet i sykehuskroppen skal være mye psykisk helse – både Voksenpsykiatrisk poliklinikk VOP, Barne- og ungdoms poliklinikk BUP, og døgnavdeling voksne og døgnpost barn og unge.

- Døgnavdeling bør fortsatt få være tilknyttet DPS på Skjervengan. Der er det tilknyttet treningsboliger til avdelingen og god miljøterapi som blant annet avhenger av de flotte uteområdene som er rundt institusjonen.
- Barne- og ungdomsavdelingen bør fortsatt være på Skjervengan av samme årsak.
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk og Barne- og ungdomspoliklinikken må få nybygg slik at de kan være i tilknytning til det flotte fagmiljøet som er på Skjervengan.
- Det må i sykehuset i Mosjøen være sikret gode nok somatiske tjenester for å følge opp somatiske tjenester til pasienter innenfor psykisk helsevern.

#### 4. Nevrologi i skal fortsatt være lokalisert til Mosjøen

Spesialisthelsetjeneste tilbudet innenfor nevrologi har brukt år på å bygge opp et faglig godt behandlingstilbud. Vefsn kommune er informert om at 4 spesialister innenfor nevrologi ikke vil flytte sin arbeidsplass til hverken lokasjon Sandnessjøen eller Mo i Rana. De vil da søke seg bort fra Helgeland. Konsekvensen av dette er at et godt fagmiljø vil bli radert bort, Helgeland vil miste sitt spesialisthelsetjeneste tilbud innenfor nevrologi i overskuelig fremtid, og pasienter vil da miste sitt behandlingstilbud innenfor lokalsykehusområdet.

Nevrologi er også sterkt knyttet til oppfølging av pasienter innenfor psykisk helse. Og vil være en viktig bærebjelke for å videreutvikle spesialisthelsetjenestetilbudet for rus og psykisk helse i Mosjøen.

Nevrologer vil ha behov for både CT og MR for oppfølging av sine pasienter.

#### 5. Samarbeid prehospitaltjenester

Det er møter med sykehuset diskutert samarbeid rundt spesialisthelsetjenesten sitt ambulansetilbud og kommunal legevakt.

Vefsn kommune mener dette kan være et meget godt tiltak for å øke kvalitativt på tjenestetilbud.

Vefsn kommune vil igjen påpeke at vi ikke har fått oversikt over hvilken analyse som ligger til grunn for at indremedisinsk akuttberedskap kan erstattes med 2 ambulanser. Derfor er vi i utgangspunktet skeptisk til grunnlaget for samarbeid med utgangspunkt i at kommunen er bekymret for betydelig økt belastning på legevakslege.

Med hilsen

Lill Inger Reinfjell  
enhetsleder helsetjenesten

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent og er derfor ikke signert*

Kopi til:

Berit Hundåla  
Rachel Berg



## Møtereferat

<i>Møtetype</i>	Dialogmøte ang. vedtakspunkt 4
<i>Møtedato</i>	06.10.22
<i>Møtested</i>	Bakkengården, Mosjøen
<i>Tilstede</i>	<p>Fra Grane: Veronica Hauvik, Eli Paulsen, og Karin Nilsen</p> <p>Fra Vefsn: Lill-Inger Rein fjell, Fredrik Jørgensen, Karin Ingebrigtsen, Rachel Berg, Espen Isaksen, Berit Hundåla (repr. også ordfører i Grane som ikke kunne møte)</p> <p>Fra HSYK: Ole Hope, Knut Roar Johnsen, Pål Madsen, Merethe Myrvang, Michael Strehle, Eystein Hauge, Marte Præsteng, Elin Grønvik</p>
<i>Ref.</i>	Merethe Myrvang

	<b>Agenda: Gjennomgang av innspill, plan for videre prosess</b>
	<p>Innledning ved prosjektdir. Ole Hope. Takket for innspill - fortsatt mulig å komme med nye/andre innspill. Plan – jobbe videre med dette. Tilsvarende prosess med brukerutvalget, fastleger, intern prosess. Materialet vil ligge til grunn for innstillingen som skal utarbeides ang. det framtidige tilbudet i Mosjøen.</p> <p><b>Gjennomgang av presentasjon v/Hope.</b></p> <p>Grunnsteinen i prosjektet: ett sykehus på to lokalisasjoner. Vedtakspunkt 4. – to oppgaver i en setning. Utrede poliklinisk somatisk tilbud + samhandling med kommunene. Sentralt: Hva kan vi samarbeide om og/eller samlokalisere. Ang. psyk helsevern: Tilbakemelding fra egen klinikk – denne pasientgruppen har i all hovedsak behov for somatisk tilbud på linje med øvrig befolkning. Enkelte somatiske spes. helsetjenestebehov som skal ivaretas lokalt.</p> <p>Kort om siste styrevedtaket i Helgelandssykehuset: Vedtakene står fortsatt, til tross for at det er gjort vedtak i HN. HN har bedt om at byggeprosjektet stilles i bero. HSYK har ikke startet byggeprosjekt, er i dialog med HN om hvordan vi skal forholde oss til dette. Arbeider videre i tråd med styrevedtaket i HSYK. Steg 2 er ikke påbegynt, ressurspådrag i steg 2 er ikke satt i gang. Vi kan ikke gå videre med byggeprosjektet før steg 2 er gjennomført.</p> <p>Vefsn: Hva med HNs vedtak om å hensynta ting som kom opp i saken?        Hope: Det må HN svare på. Denne prosessen kan fortsette, uavhengig av byggeprosjektet. Vi kan se strukturvedtaket og byggeprosjektet adskilt.</p> <p>Rammene: Faglig strategisk utviklingsplan (FSU) – tabellen som viser hva man kan se for seg skal være tilbudet i MSJ. FSU var et tverrfaglig arbeid, konkludert i to styre. Skal likevel gjennomgå dette på nytt i forbindelse med prosessen rundt vedtakspkt. 4. FSU er noe annet en strategisk utviklingsplan som er ute på høring nå.</p> <p>Hvor er vi i prosessen? Strukturvedtaket er fattet og det står fast. Steg 0: FSU og tomtealternativene. Steg 1: Gjennomførte medvirkningsprosesser &gt; hovedprogrammet ble utarbeidet (første utkast.) Sier noe om behovene og hva som skal være hvor. Bygger på FSU og prosessene som har gått. Konseptrapport steg 1 er behandlet i HSYK, ikke ennå behandlet i HN.</p>

Prosjektets forslag til konklusjon vil presenteres i møte 10. nov. Må avslutte den interne prosessen før neste møte med kommunene, derfor utsettelse. Prosjektet vil lage en innstilling, saken skal gå til styret for behandling rundt årsskiftet. Det er ikke klart nå hvordan denne innstillingen skal formuleres. Skal gjøres en reell behandling i styret slik at rammeverket for videre arbeid er lagt.

Plan: Endelig konseptrapport skal behandles juni 23, men dette avhenger av videre prosess i HN. Da skal endelig konsept for bygg og innhold være klart, inkludert MSJ. Prosjektet jobber etter denne tidsplanen nå. HSYK har styremøte medio desember og ultimo februar – ikke bestemt når denne saken ev. skal behandles. NB! Figuren (lysbilde nr. 4 i vedlegget) handler ikke om bygg, kun innhold.

Isaksen: Ikke riktig at styret i HN ikke har tatt konseptrapport steg 1 til behandling, de har ikke vedtatt. Hvordan kan dere jobbe ut fra forutsetninger som det kan komme endringer på? Må ikke dere vente på vedtak fra HN?

Hope: Nei. HN behandlet ikke rapporten. De har vedtatt at vi skal fortsette org. utviklingen. Denne prosessen er en del av dette. Vi fortsetter da vi har et vedtak i HN-styret om at vi skal fortsette med dette.

Isaksen: Vi har en forventning om at også vedtakspunkt 4. hos HN ivaretas (styresak 127-22) – at dere tar dette innover dere?

Hope: Hvilke elementer i diskusjonene som gikk skal vi ta hensyn til? Mange ulike synspunkter som pekte i ulike retninger. Hvilke av disse innspillene skal vi legge vekt på – mange av dem er gjensidig utelukkende? Vi forholder oss til de de facto-beslutningene: Vi stiller byggeprosjektet i bero, men fortsetter organisasjonsprosjektet.

Isaksen: Man kan ikke vektlegge de ulike innspillene, det må dere avklare med HN

Hope: Vi har en dialog med HN. Men det er klart at organisasjonsprosessen kan fortsette.

Ordfører: Betyr dette at det ikke er noe som skal røres før et ev. vedtak i juni 23? Det er viktig for befolkninga.

Hope: Vil ikke svare absolutt ja eller nei – vet ennå ikke hva styret beslutter i den første styrebehandlingen. Kan ikke svare nå om det kommer en beslutning med to streker under i ved årsskiftet eller i juni. Styret bestemmer nyansen i vedtak.

Ordfører: Når man gjør vedtak med store konsekvenser er det vanlig å gjøre konsekvensutredninger. Behøver man virkelig ikke gjøre noe på Mo og i SSJ for å ta over pasientene fra MSJ? Interessant at vi har så stor overkapasitet i de to sykehusene i dag.

Hope: Fra et vedtak er fattet til det settes i verk går det noe tid. Det skal konsekvensutredes. Kan gjøres grep som gjør at det blir plass uten at det bygges nytt.

Berg: Døgnfunksjonene for det akutte: Det som bekymrer oss mest, vet at dette er kostbart, og mye av økonomien ligger der. Tenker det er dette HSYK tar ned først, ber om å bli involvert dersom det tenkes slik. Får store konsekvenser, folk er bekymret for dette – det er den største bekymringen nå.

### **Gjennomgang av innspillene fra kommunene v/Hauge og Strehle.**

Foreløpig løypemelding om hvordan prosjektet jobber med tilbakemeldingene.

Tidligfaseveilederen poengterer at medvirkning er *rådgivende*, dvs. man skal bli hørt, men det er ikke det samme som å få gjennomslag for alt. Til syvende og sist er det spes. helsetjenestens som avgjør, men beslutningen blir dårligere om vi ikke har medvirkning.

1. Strukturvedtaket fordrer ikke nybygg.

Grane kommune: > Er det slik at dere ikke har noe med drifta i sykehuset i dag, har prosjektet kun ansvaret for det som kommer etter at Nye HSYK er gjennomført? Svar: modningen i organisasjonene må starte lenge før noe står ferdig – man må gjøre organisatoriske grep for å forberede organisasjonen på endringen/være med på å sikre den økonomiske bæreevnen. Må forberede organisasjonen på hvordan man skal ta i bruk ny struktur.

> Hvem andre i HSYK kan forsikre oss om at sykehuset i MSJ skal opprettholdes inntil noe nytt står klart?

Hope: Ingen kan gi den forsikringen. Vi har oppdrag fra begge styreverv om å gå videre med den organisatoriske/faglige utviklingen. Prosjektet utfører på vegne av Helgelandssykehuset. Prosjektet legger fram dette på vegne av AD.

Ordfører: Tolkning av tidligere vedtak og uttalelser er viktige for oss. Det er ikke ofte man møter på at en ny ledelse setter strek over alt som har vært sagt tidligere, det handler om tillitt til prosesser, tryggheten for befolkninga. Vi trodde at lånesøknaden var en av premissene for å gå videre med prosessen. Her plukker man de bitene man ønsker seg. Sykehjemmet i Rana – det ble kjøpt etter at ny struktur ble vedtatt. Ble sagt at det ikke hadde noe med strukturvedtaket å gjøre, men vi ser nå at det er viktig i prosjektet. Organisasjonsprosjektet – ser ikke at det berører de andre lokalisasjonene i noen grad? Det er kun ansatte i MSJ som berøres – vi er i en offerrolle. En enhet som skal legges ned, pga. økonomien = MSJ. Konsekvenser for pasienter og tap av arbeidsplasser er ikke berørt. Venter bedre grunnlag for avgjørelsene som tas.

Hope: Kjent med påstandene om hva tidligere AD angivelig skal ha sagt. Det som gjelder som styringsdokumenter for prosjektet er vedtak som blir fattet. Omgivelsene har endret seg både organisatorisk og finansielt. Konst. AD understreket i tidligere møte at det er vedtakene som gjelder, det er de vi jobber etter.

Om vedtaks punkt 3 – ordlyden er *ved* dagens sykehusbygg på Mo, ikke *i*. Sykehjemmet har hele veien vært tenkt som en del av helheten. MSJ berøres sterkest av vedtaket, men ikke MSJ alene. Kostnadene i foretaket må ned med 100 mill. for å komme i balanse. Det krever mye av hele organisasjonen. Alle organisatoriske endringsprosesser vil ramme bredt og hele foretaket. Riktig at en stor del av den øk. bæreevnen handler om realisering av strukturvedtaket. Vår oppgave er å realisere vedtaket, det er en premiss. Prosjektet forutsetter at de som har fattet vedtaket har gjort en vurdering av forsvarligheten. Det ligger utenfor prosjektet. Konsekvensene for lokalsamfunnet hva gjelder tilgang på sykehus er en konsekvens av strukturvedtaket – det må sykehuset forholde seg til. Når det gjelder ordførerens bekymring for sysselsetting og statlige arbeidsplasser, så ligger dette utenfor det sykehuset kan ta ansvar for. Vi ser det og vi er klar over det, men det er ikke prosjektets oppgave. Vi er kjent med at kommunen er kritisk til prosessen. Vi kjører en bredere og mer inkluderende prosess enn det rammeverket pålegger oss å gjøre - fordi vi har respekt for betydningen det har for befolkningen.

Ønske: Hvis mulig – Vefsn kommune ønsker få en presentasjon av drifta av DMS i BRS (status) + sykehusforbruk MSJ. Gjerne i løpet av oktober. DMS BRS – krevende prosjekt, men relevant for oss.

Hope: Ønsket blir formidlet videre til sykehusets ledelse.

Videre presentasjon - vurderinger av "innenfor/utenfor" iht. strukturvedtaket: DMS i Mosjøen. Utenfor? Uavhengig av hva vi kaller det – samarbeid om tilbud vil være til fordel for pasienten.



Psykiatri: > Hva tenkes inn i sykehuskroppen – alle tjenester? Svar: Ja. > Hva gjør HSYK med alle byggene på Skjervengan? Psyk. Vil opp mye av plassen i sykehuset?

Svar: Planen er å avhende byggene på Skjervengan. Har vært tydelige på at dette er en del av hovedalternativet. > Mener prosjektet ikke vært tydelige på dette. Hvordan skal HSYK følge opp fylkestingets vedtak – intensjonen, "plaster på såret" – tyngdepunktet for rys psykiatri skulle være i MSJ. Hope: Prosessene går i klinikken. Opp til ledelse og HN å avgjøre ev. endringer i struktur. Vedtaket sier at DPS-strukturen skal bestå. Ingen vektforandring mellom de ulike DPS-ene i dag. > Kan det garanteres at psyk. pasitene i MSJ får gode nok somatiske tjenester i framtida (iht. til retningslinjer), slik at dette ikke blir et argument for å flytte aktivitet?

Hope: Behovet for somatiske tjenester er avklar med psyk. klinikk, vi skal imøtekomme dette.

Hauge: Ikke uvanlig andre steder i landet at store psyk. institusjoner er lokalisert et stykke unna de somatiske sykehusene. Deres somatiske behov ivaretas selvsagt, de skal få den helsehjelpen de trenger. > Vefsn kommune: Håper vi ikke blir møtt med at vi må flytte psyk tjenester pga. for dårlige somatiske tjenester.

Hope gjentar: Den primære somatikk-tjenestene skal leveres gjennom legevakt/fastlege. Noen spesielle behov som må imøtekommes.

Hauge: Viktig – er du innlagt i psyk og har et somatisk problem, da sendes det en intern henvisning. Dersom problemet ikke har hastegrad eller alvorlighetsgrad som tilsier at det er en oppgave for spes. helsetjenesten må pasientene få hjelp fra primærhelsetjenesten.

Vefsn kommune: Viktig at man skiller mellom det som er spes. helsetjenestens rolle/kommunens rolle. Indremed. behov til psyk. Pas. – viktig tema som må diskuteres. Bekymret for at kommunen får økt belastning på legevakt og fastleger. Hope: HSYK skal levere på sitt oppdrag, forutsetter at kommunen leverer på sitt.

Vefsn kommune: Ønsker at vi setter oss ned og ser på hva nedtak av aktivitet gir av konsekvens for legevakt, primærhelsetjeneste. Hope: Det er HSYKs ønske – å få fram gode samarbeidsløsninger rundt pasientene.

Vefsn kommune: Fagområdene i MSJ – nevrologi, plastikk, urologi, hud – disse fagfolkene vil ikke flytte på deg. Kommer til å forsvinne fra Helgeland. Ønsker HSYK å spare penger på at disse funksjonene vil forsvinne? Vi vet hvordan rekrutteringen er for spesialister. Urologene trenger ikke være tilknyttet tarmkreftkirurgien. Tenker dere å flytte disse funksjonene, eller tar dere hensyn til de signalene fagfolkene kommer med? HSYK: Minner om premissene i vedtaket. To sykehus – hovedsykehus i SSJ med bredest fagportefølje. Kommer tilbake med vårt forslag til løsning. For hvert område som skal flyttes må vi gjøre risikovurderinger, ev. overføringer må gjøres gradvis på en måte som gjør at vi ikke mister ansatte. HSYK og pasientene trenger all fagekspertise.

Vefsn kommune: God presisering. Vil tro det ikke bare er å flytte funksjoner uten at byggeprosjektet er gjennomført.

Ordfører: Om vi tenker tilbake før vedtaket: Alle så for seg at vi skulle miste sykehuset, men at to, kanskje tre fagmiljø skulle smeltes sammen. Mener Sykehusbygg tok en så aktiv rolle i å snakke ned tomtene som kunne ha resultert i et fantastisk tilbud. Det var utenfor politisk kontroll. Forutsetningene var at vi skulle smelte sammen til ett. Vet ikke motivet til SB og styrene som fulgte disse rådene.

Hope: Påstanden om SB må stå for ordførerens regning. Min påstand er at det som sies faktisk er feil. Det har vært gjort faglige vurderinger av fagmiljø (ikke SB) på rasjonelt

grunnlag. At man er uenige er greit, men vil ikke tillegge SB andre motiver enn ren rasjonalitet.

Ordfører: Vi har vært vitne til SBs meget aktive rolle i styremøtene.

Isaksen: Vi må forholde oss til vedtaket, kun ministeren som kan endre det. Men i prosessen underveis – vi står i fare for å rasere tilbudet. Forutsetningene har endret seg radikalt. Vi frykter at tilbudet rases. Vedtaket er ikke utredet, ikke konsekvens, det er ikke liv laga.

Hope: Ja, en statsråd har vedtatt, en ny minister har stadfestet. Vi har felles ambisjon om å øke kvaliteten i tilbudet. Kan hende vi er uenige i framdrift og sluttresultat, men mener vi har felles intensjon om at vi skal gjøre det beste for pasientene uansett om løsningen blir a eller b.

Grane: Pasientforløpene (kortidsavd./palliativ) - kan vi møtes spesifikt rundt dette?

Pause

Nevrologi – strukturen vurderes. Ambulering sett opp mot fragmentering.

Infusjon/dialyse – et mål overalt å gjøre dette desentralt. Faglig vurdering av hvordan dette skal distribueres. > Hvorfor betegnes dette som "delvis innenfor"? Hauge: Viser til inntektsmodellen til sykehusene; dialyse/noen infusjoner har en særstilling hva gjelder finansiering (forløpsfinansiert). > Håper dette kan betegnes som innenfor. Dette er svært viktig for kronikerne. Hjemmebehandling er fortsatt et stykke fram. Hope: Vi skal ta hensyn til kronikerne. Vi skal utarbeide morgendagens tilbud. Disse tilbudene ligger inne i hovedprogrammet, ser ingen gode grunner til å ta det ut.

> Lab. – ønsker tilrettelegging både for tapping infusjon av blod. Svært viktig for mange.

Hope: Vi har fått svært mange innspill ang. lab. Dette blir belyst i sin fulle bredde før innstilling.

Øye. Utrede videre.

Sår-poliklinikk. Planlegges som tilbud, men må defineres hva det skal være.

Oppfølging gravide: innenfor vedtak, kan være fornuftig å jobbe videre med.

Det vil ikke være senger i regi av foretaket. > Må diskuteres hvordan disse forløpene skal håndteres.

Pediatri - dersom poliklinisk tjeneste som server lokalsamfunnet her – fysisk eller digitalt, innenfor. Igjen: alle med. spesialiteter – ambulering krever en viss hub å trekke ut fra.

Grane kommune: Deri ligger det alle ser – det krever full bemanning i alle spesialiteter for å kunne serve to akuttsykehus. Vaktgående fag må ha noe fornuftig å gjøre på dagtid. Med så mange spesialiteter må det være rom for mye poliklinikk i MSJ (om en ser bort fra rekrutteringsutfordringen) Vefsn: Realiteten er at det er mangel på gynekologier, tror ikke det er lenge til vi står med en fullverdig fødeavdeling på Helgeland. Tror man bør se på dette særskilt. Det er mye poliklinikk innen gynekologi. Det er noen fagområder vi sliter med, og strukturen gjør det enda mer krevende.

Hauge: Alle HF må ha en pågående ou-prosess, finne riktige løsninger til enhver tid.

Vefsn: CT og MR – har forstått det slik at det er sprengt kapasitet. Hvis man legger ned her, er disse da tenkt flyttet til et av sykehusene?

Hauge: Behovet skal dekkes uansett hvor utstyret er plassert.

	<p>Vefsn: Fortsatt et svært viktig tema, folk er opptatt av dette. Veldig viktig for området her, ønsker det blir videreformidlet at dette er et sterkt ønske.</p> <p>Hope: siterer AD – en CT vil kreve utvidet bruk utover hjerneslagpasienter for å ha bæreevne.</p> <p>Vefsn: Kan ikke se noen utfordringer i at elektive undersøkelser kan foregå i MSJ.</p> <p>Hope: Vanskelig å forsvare fire CT-er på Sør-Helgeland. Men vi er ikke ferdige med analysene og beregningene, har ikke svaret nå.</p> <p>Kirurgiske tjenester – må defineres om det er noe som faller inn under poliklinisk tilbud.</p> <p>Hope: Ang Hattfjelldals innspill* – disse er tatt høyde for i presentasjonen</p> <p>Grane: Ønsker et eget lysbilde for palliativt team.</p> <p>Hvordan ser vi på korttidspas. – palliativt team, samarbeid rundt dette? Opprettes egen dialog rundt dette ved siden av prosjektet. Elin Grønvik er HSYKs kontaktperson.</p> <p><i>Ytterligere innspill – leveres innen 17. oktober.</i></p> <p>Neste møte: <b>torsdag 10.11.</b>, Bakkengården MSJ. Presentasjon av overordnede tanker, så langt prosjektet er kommet med saksforberedelsen.</p>

### Vedlegg 1: Presentasjon brukt i møte

\* Innspill fra Hattfjelldal kommune, mottatt 4.oktober:

*1. Angående vurdering av felles legevakt med Vefsn så er det ikke vurdert som et alternativ for Hattfjelldal, med bakgrunn i undersøkelser fra Nasjonalt senter for legevakts medisin og i NOU akuttmedisin som viser at dersom det blir lenger avstand til legevakt en 40 minutter minsker antall henvendelser, også røde og gule hvilket vil føre til mere sykелighet/ økt*

*dødelighet. I tillegg vil ikke våre sykehjemspasienter/ eldre kunne få sykebesøk.*

*2.Lab tjenester er viktig! Vi må få lab svar samme/ senest neste dag.*

*3.Ambulerende røntgen er et ønske.*

*4.CT i Mosjøen/ ambulerende slik vil være tidskritisk for pasienter med hjerneslag.*

*5. Intermediær senger i Vefsn er ikke ønskelig da det kan medføre til at våre pasienter får et dårligere tilbud ved at de da ikke kommer videre til sykehuset.*

*6. Vi har selv ØHD plass og dersom det digitale samarbeidet utvides mellom ØHD og sykehusspesialistene og fastlegene så kan dette likegodt skje i Hattfjelldal som i en intermediær seng i Mosjøen.*



**Kommunal  
medvirkning i  
Mosjøen – foreløpig  
oppsummering**

06.10.2022

Kvalitet

Respekt

Trygghet



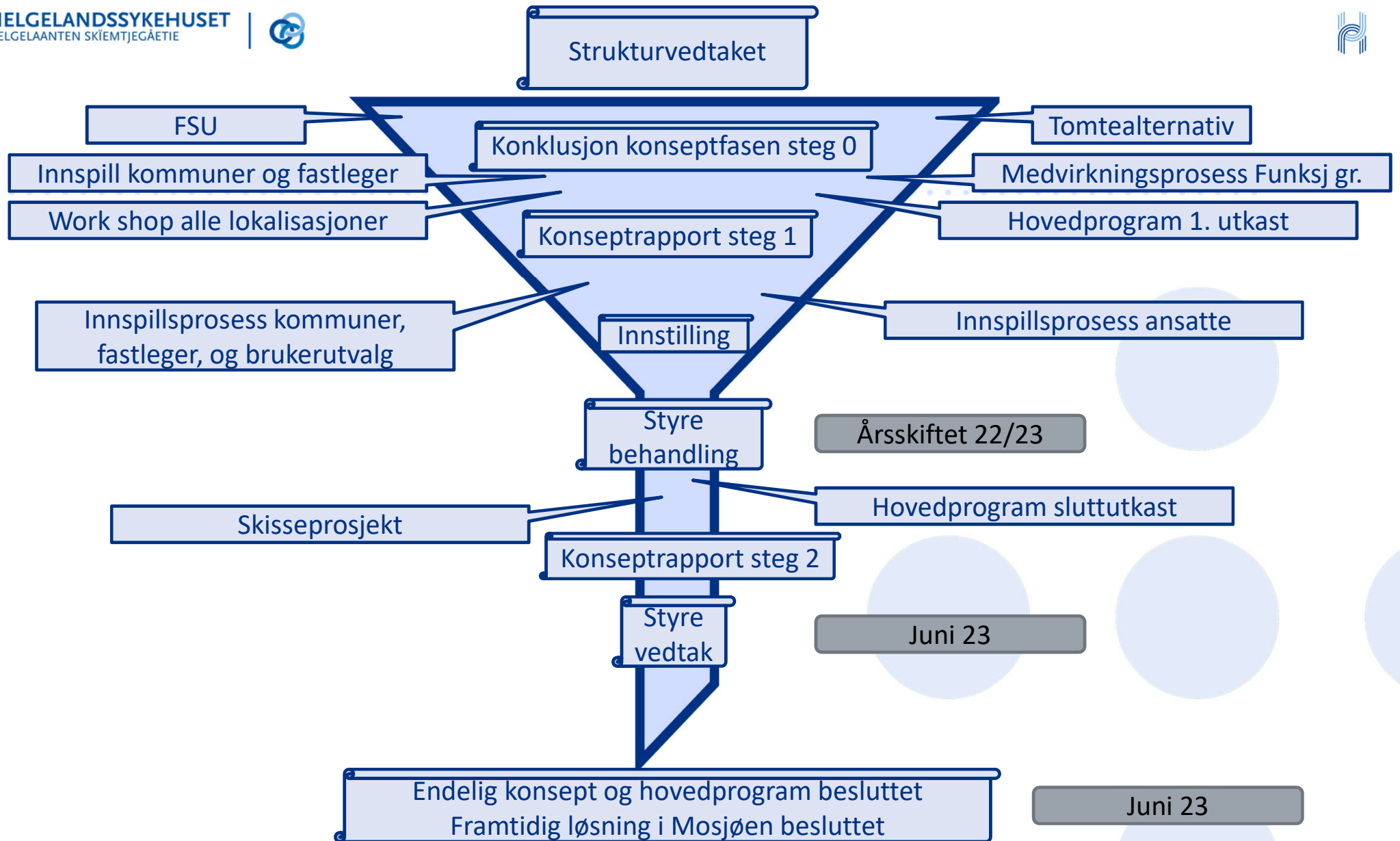
## Strukturvedtaket – utdrag

---

- Vedtakspunkt 2:
  - Strukturen på det somatiske tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset skal baseres på modellen med ett sykehus som etableres på to lokasjoner [...]
  - Helseforetakets hovedkontor og ledelse legges til hovedsykehuset i Sandnessjøen
- Vedtakspunkt 4:
  - I konseptfasen utredes etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen. Som del av utredningen vurderes også det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern
- Vedtakspunkt 5:
  - Styret forutsetter at Helgelandssykehuset HF skal drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokalisasjoner

Spesialisthelse-tjeneste	Kapasitets-behov	Avhengigheter til andre	Kompetanse-/ Bemanningsbehov	Fast	Ambulering	Kommentar
Dialyse	3-6 dagplasser	Lab	Sykepleier m spesialkompetanse			Lege tilgjengelig ved evt komplikasjoner Antall plasser avhenger av ant dager/uke drift
Kjemoterapi, infusjonsbeh	4 dagplasser	Lab Legemiddelforsyning	Sykepleier m spesialkompetanse			Lege tilgjengelig ved evt komplikasjoner
Hørselstester	1 audiometrirom 1 samtalerom		Audiograf			
Svangerskaps-poliklinikk	1 ub rom 1 Ultralyd		Jordmor			Også føljetjeneste Før- og etterkontroller
Hud, Lysbehandling	2 beh rom		Sykepleier m spesialkompetanse			
Hud, sårbehandling	1 beh rom		Sykepleier m spesialkompetanse			
Hjertesvikt, BT, hjerte pol	1 ub rom + spesialrom	Lab	Sykepleier m spesialkompetanse			Samme personell som bemanner dialyse?
Diabetes, endokrin pol	1 ub rom + spesialrom	Lab	Sykepleier m spesialkompetanse			Samme personell som bemanner dialyse?
Poliklinikk og generell ambulering	4-6 ub rom + evt. spesialrom	Billedagnostikk	Generell Indremedisin, Hud, Urolog, Ortopedi, Gynekologi, Nevrologi, Geriatri, Pediatri, Øye, ØNH, småkirurgi			Frekvens avh av pasientunderlag/behov Ambulering leger fra Ssj eller MIR
Laboratorier	Gen klinisk kjemi, hematologic, blodtapping		Bioingeniør			Evt samarbeid med kommunale laboratorier Blodbus for tapping?
Billedagnostikk	1 generell rgt 1 Ultralyd 1 CT		Radiograf			Ved 24/7 øyhj evt CT tatt av ambuansesarb Radiolog via nett. Mobil rgt?
Intermediær	xx		Pleiepersonell, lege			Samarbeid kommune/spesialisthelsetjeneste NB Døgndrift – ikke iht strukturvedtak

Figur 10.1-1 denne viser et forslag til funksjonelle rom i en poliklinikk som dekker tjenestetilbudet for en andel av de prioriterte pasientene fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal







Innspill fra kommunene	Innenfor strukturvedtaket	Utenfor strukturvedtaket	Helgelandssykehusets foreløpige konklusjon
Sykehuset i Mosjøen opprettholdes som i dag inntil nytt hovedsykehus er etablert		Utenfor	Strukturvedtaket fordrer ikke nybygg for å gjennomføres – uavhengig prosess
DMS i Mosjøen		Utenfor?	Samarbeid om det somatiske tilbudet utredes. Vurderes.
Rus og psykisk helsetjenester i ved Distriktpsikiatrisk senter i Mosjøen	Innenfor		Rus og psyk opprettholdes i Mosjøen, men flyttes.
Nevrologi skal fortsatt være lokalisert til Mosjøen		Utenfor?	Struktur vurderes.



Innspill fra kommunene	Innenfor struktur-vedtaket	Utenfor struktur-vedtaket	Helgelandssykehusets foreløpige konklusjon
Samarbeid mellom kommune og prehospitaltjenester	Innenfor		Utredes videre
Hjertepoliklinikk: AEKG, EKKO, kontroll pacemaker og kontroll av hjertesviktpasienter	Innenfor		Utredes videre
Kjemoterapi/infusjonspoliklinikk: Cytostatika, infusjonsbehandling og medikamenter for andre degenerative lidelser og spesielle syndromer som kan administreres lokalt	Delvis innenfor		Infusjonsbehandling planlegges desentralt, Mosjøen/hjemmesykehus
Dialyse	Delvis innenfor		Dialyse planlegges desentralt, Mosjøen/hjemmesykehus
Øye: Utredning og behandling av vanlige øyesykdommer og mindre inngrep	Delvis innenfor		Utredes videre
Blodtransfusjoner og blodtapping	Delvis innenfor		Utredes videre



Innspill fra kommunene	Innenfor struktur-vedtaket	Utenfor struktur-vedtaket	Helgelandssykehusets foreløpige konklusjon
Sår poliklinikk	Innenfor		Planlegges som tilbud i Mosjøen
Gynekologi/ føde poliklinikk – ultralyd screening - følgetjeneste	Innenfor		Planlegges som tilbud i Mosjøen
Sykehussenger i Mosjøen		Utenfor	Ingen døgnssenger driftet av HSYK
Psykatri og rus forblir på Skjervengan	Innenfor		Tilbudet blir værende i Mosjøen. Tilbudet planlegges flyttet til dagens somatiske sykehus
Pediatri	Innenfor		Utredes videre



Innspill fra kommunene	Innenfor strukturvedtaket	Utenfor strukturvedtaket	Helgelandssykehusets foreløpige konklusjon
CT	Delvis innenfor		Utredes videre.
Konvensjonell røntgen og ultralyd	Innenfor		Tilbud planlegges i Mosjøen
Kirurgi		Delvis utenfor	Døgntilbudet i Mosjøen avvikles. Poliklinikk utredes videre
Øre nese hals	Innenfor		Poliklinikk utredes videre
Ortopedi	Innenfor		Poliklinikk utredes videre
Hud: Vanlig konsultasjon og administrering av lysbehandling, billedstøttende kontroller av hudlidelser	Innenfor		Poliklinikk utredes videre



Innspill fra kommunene	Innenfor struktur-vedtaket	Utenfor struktur-vedtaket	Helgelandssykehusets foreløpige konklusjon
CPAP-behandling	Innenfor		Poliklinikk utredes videre
Diabetes	Innenfor		Poliklinikk utredes videre
Samlokalisering av psyk. helsetjeneste			Utredes videre
Palliativt team			



## Møtereferat

<i>Møtetype</i>	Dialogmøte ang. vedtakspunkt 4
<i>Møtedato</i>	08.09.22
<i>Møtested</i>	Bakkengården, Mosjøen
<i>Tilstede</i>	Urban M. Persson (fastlege Vefsn), Rachel Berg, kommunalsjef Vefsn Fra HSYK: Hanne Frøyshov, Ole Hope, Knut Roar Johnsen, Pål Madsen, Merethe Myrvang, Michael Strehle, Eystein Hauge
<i>Ref.</i>	Merethe Myrvang

	<p>Formålet med møtet: Fortsette dialogen rundt vedtakspkt. 4. - det framtidige tjenestetilbudet i Mosjøen.</p> <p>Agenda:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kommunal medvirkning i en konseptfase v/konst adm. dir. Hanne Frøyshov</li> <li>2. Konseptfasen steg 2 – «skisseprosjektet» v/prosjektleder Ole Hope</li> <li>3. Gjennomgang av referat fra møte 03.05.22 og status v/rådgiver Eystein Hauge</li> <li>4. Styrking av de prehospitale tjenestene som følge av strukturvedtaket, jfr. vedtakspunkt 2, v/klinikkjef Pål Madsen &gt; Hva Helgelandssykehuset gjør for å sikre trygge akuttmedisinske forløp i ny sykehusstruktur</li> <li>5. Muligheter for samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten om akuttmedisinsk beredskap v/samhandlingssjef Knut Roar Johnsen</li> <li>6. Innspill fra fastlegene til det de mener er et tjenlig somatisk tilbud basert på rammebetingelsene i strukturvedtaket.</li> <li>7. Utdanning/samtrening - diskusjon om muligheter</li> </ol>
1.	Gjennomgang av presentasjon (vedlegg 1) v/Hanne Frøyshov). Innramming/premisser for videre arbeid. Oppfordrer fastlegene til å komme ønsker/behov, sett fra deres ståsted, i løpet av høsten – viktig å holde handlingsrommet mest mulig åpent for å få fram de gode innspillene.
2.	Gjennomgang av hovedalternativet og skisseprosjektet (konseptfasen steg 2) v/ Ole Hope (vedlegg 1)
3.	Eystein Hauge refererte kort hvilke tjenester fastlegene i forrige runde hadde trukket fram som særlig viktige (vedlegg 3)
4.	Gjennomgang av presentasjon v/Pål Madsen (vedlegg 2). Viktig med tett samhandling rundt akuttkjeden. Stadig oftere er legevaktjenesten ikke representert ved akutte hendelser (sammenslåing av legevaktområder, større avstander etc). det kan komme nasjonale krav til responstid. Dersom det som i dag er veiledende krav blir forskriftskrav vil det kreve flere ambulanser, større ressurser. I diskusjonen rundt CT/trombolyse: viktig å understreke at dette er et delt ansvar. I akutte tilfeller skal legevaktslege rykke ut og starte akutthjelpen - dette er ikke kun et prehospitalt ansvar. Tendens mange steder at den medisinske ekspertisen (fastlegen) lener seg på ambulanspersonellens kompetanse.

	<p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Dette krever at fastlegene har nødvendig utstyr til rådighet, eksempelvis akuttbil. Kan det være et samarbeidsområde?</li> <li>&gt; Viktig at legevakt samlokaliseres med ambulansestasjon. Kort vei ved utrykning. Samtrenting, nærhet til kompetanse - gevinster begge veier.</li> <li>&gt; Finnes flere eksempler der ambulanspersonell rykker ut sammen med lege i legevaktbil, deltar i oppdraget - verdifull kompetanseoverføring.</li> <li>&gt; Kan være behov for å opprette en intensivambulans på sikt</li> </ul>
5.	Presentasjon om tjenesteavtalene v/Knut Roar Johnsen – muligheter for samarbeid rundt akuttmedisinsk beredskap. Dette vil være den første saken som skal opp når Helsefelleskap er etablert. Helgelandssykehuset ønsker gjerne engasjement fra fastlegene når tjenesteavtalene nå skal revideres.
6.	Ønsker gjerne flere fag blir representert i poliklinikken, det vil være bra for det faglige miljøet og samhandlingen, skaper en aktivitet som i seg selv er bra. For oss (fastlegene) spiller det imidlertid liten rolle om tilbud innen f.eks. hud/øye ligger en times reisevei unna.
7.	Ikke tatt opp spesifikt i dette møtet.

*Neste møte: torsdag 22.09.22 kl. 17.00 - 19.00, Bakkengården Mosjøen*

Vedlegg 1: Presentasjon v/Hanne M. Frøyshov og Ole Hope

Vedlegg 2: Presentasjon v/Pål Madsen

Vedlegg 3: Referat fra møte 03.05.22



# Nye Helgelandssykehuset Konseptfasen

Medvirkningsprosess sept./okt. 2022

Kvalitet

Respekt

Trygghet



Oppdrags-  
dokument 2013,  
grunnlag for  
prosjektutvikling

Foretaksmøte,  
Åpning for  
endret  
struktur

Ekstern  
ressursgruppe,  
Dialogmøter,  
høringer og  
fagspesifikke møter

Foretaksmøte  
Strukturvedtak

Konseptfase,  
Steg 1

2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Utviklingsplan  
(OEC,  
Hospitalitet)

Idéfase,  
Helgelandssykehuset 2025. Høringer og flere alternativer

Konseptfase,  
Steg 0

Konseptfase,  
Steg 2

## Nye Helgelandssykehuset - tidslinje



PÅ NÆRT HOLD: Helse- og omsorgsminister Bent Høie besøkte Vega for å studere ambulansesøltene i Helgelandssykehuset.

FOTO: SIMEN ALDRA, BA

## – Jeg har siste ord

Brønnøysunds Avis, 5. aug 2016

**Vedtaks punkt 4:** I konseptfasen utredes etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen. Som del av utredningen vurderes også det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern.

### Helseministeren: Strukturvedtaket ligger fast

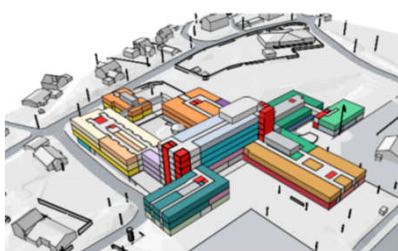


Helgelands Blad, 24. jun 2022

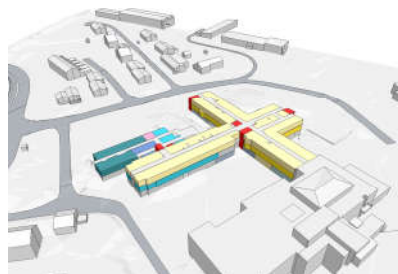
# Valget er alternativ 3 - et kvalitativt godt og enhetlig sykehus på tre steder



**Sandnessjøen – Nybygg og ombygging**  
**Samling somatikk og psykiatri/rus**



**Mo i Rana – Ombygging og nytt sengebygg**  
**Samling somatikk og psykiatri/rus**



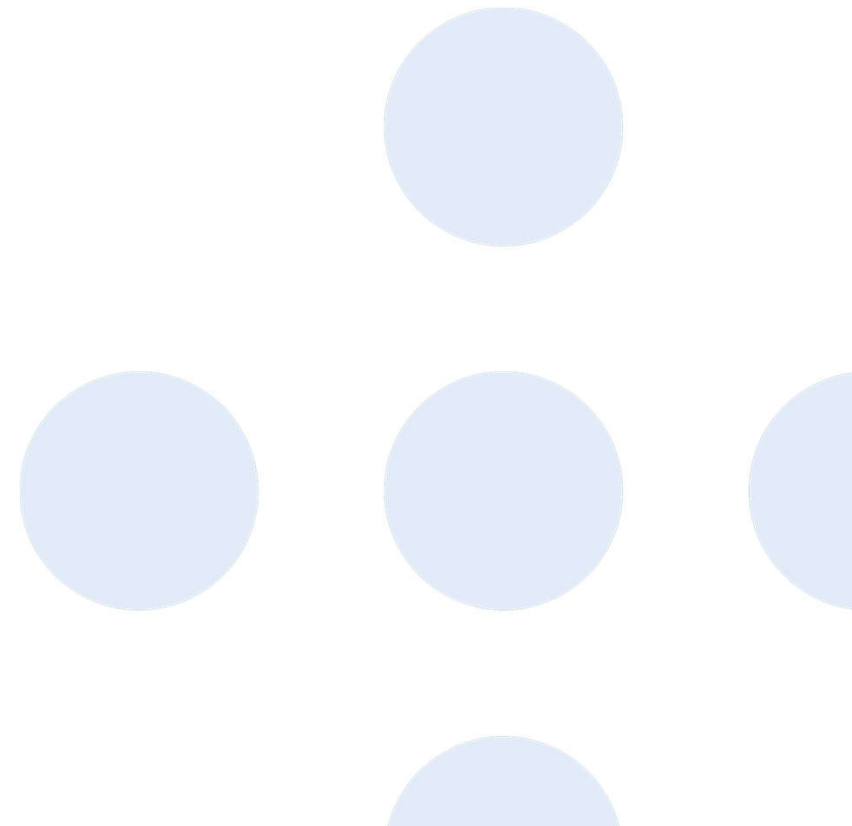
**Mosjøen – Ombygging og oppgradering**  
**Samling somatikk og psykiatri/rus**

- Ett sykehus på tre steder utviklet med tanke på å ha like prinsipper for plassering av funksjoner uavhengig av lokalisasjon
- Det er lagt til rette for samsvarende kvalitet i rom og tekniske løsninger på tvers av lokalisasjoner
- Arealene har tilstrekkelig kapasitet og er hensiktsmessig samlet for ressurseffektive tjenester
- Det er lagt til rette for samlokalisering med primærhelsetjenestene
- Løsningen legger til rette for mer integrert virksomhet mellom psykisk helse, somatikk og sykehusapotek
- Funksjoner er plassert riktig ut fra nærhetsbehov, avhengigheter og sikkerhet med god og sammenhengende pasientflyt inkludert løsninger for adkomst, heiser og heiskapasitet
- Løsningen har muligheter for gode og hensiktsmessige arealer til personalrettede funksjoner, fleksible arbeidsplasser, arealer for kompetanseutvikling og gode adkomstforhold
- Arealer for utdanning, forskning og kompetanseutvikling er lett tilgjengelige og integrerte. Det er også lagt til rette for sambruk og flerbruk av arealer

# Plan for ekstern medvirkningsprosess vedrørende vedtakspunkt 4

---

- Torsdag 08.09.22 – Kommuner og fastleger
- Fredag 09.09.22 – Brukerutvalg
- Torsdag 22.09.22 – Kommuner og fastleger
- Fredag 23.09.22 – Brukerutvalg
- Torsdag 06.10.22 – Kommuner
- Torsdag 27.09.22 - Kommuner



# Plan for intern medvirkningsprosess i Mosjøen

## Møte 1: Torsdag 8. september kl. 13.00-14.30

- Møtet er for ledergruppen og det enkelte medlem av ledergruppens underlagte ledere i Mosjøen. Møtet er obligatorisk
- Innledning ved Hanne
- Status i prosjektet nå ved Ole
- Informasjon om videre prosess – medvirkning og forventninger til ledere ved Hanne og Ole
- Invitasjon til innspill til prosessen (i Mosjøen) ved Eystein

## Møte 2: Torsdag 22. september kl. 13.00-15.30 – for et utvalg av faglig ansatte i Mosjøen

- Innledning ved Hanne
- Status i prosjektet ved Ole
- Kort oppsummering fra sist work shop og hvordan dette er tatt videre ved Eystein
- Hvordan kan vi innenfor de vedtatte strukturer (strukturvedtaket og styret i HSyks vedtak om hovedalternativ) utvikle et funksjonelt dagtilbud (somatisk poliklinikk og dagbehandling for kronikere med mer) i Mosjøen. Vi deler oss i grupper etter faglig innretning. Elin og Michael organiserer gruppene.
- Samarbeid med kommunene. Er det områder hvor vi ikke allerede har et samarbeid det kan være naturlig å utvikle et faglig samarbeid rundt.

## Møte 3: Torsdag 6. oktober kl. 13.00-15.30 – for et utvalg av faglig ansatte fra hele sykehuset

- Kort oppsummering fra sist – hva tar prosjektet med seg videre, ved Michael og Eystein
- Hvordan kan vi rigge en tjeneste for det samlede sykehus med det foreslåtte tilbud i Mosjøen og strukturvedtaket som ytre ramme, ved Michael og Eystein
- Hvordan kan vi med utgangspunktet i drøftelsene under forrige punkt legge til rette for økt bruk av digitale tjenester på tvers av lokalisasjoner ved Michael og Eystein
- Med det foreslåtte tjenestetilbudet i Mosjøen, er det muig å legge til rette for at studenter kan få deler av sin utdanning i Mosjøen, ved Elin

## Møte 4: Torsdag 27. oktober kl. 13.00-15.30 – for et utvalg av ansatte i Mosjøen

- Oppsummering av foreslått tjenestetilbud i Mosjøen slik det ser ut etter innspillsrundene ved Michael og Eystein
- Hva skal til for at du skal fortsette å være ansatt i Helgelandssykehuset og fortsette å bo i Mosjøen ved Beate
- Hva skal til for at vi innenfor rammen av foreslått tjenestetilbud skal kunne tiltrekke oss ansatte i og rundt Mosjøen, ved Elin

### Struktur-vedtak



### Faglig strategisk utviklingsplan

- Konkretisert fagfordeling
- Framskrivning og fordeling av kapasiteter
- Fagutvikling og integrasjon

### Økonomisk bæreevne

- Beregnet vår 2021

### Tomter i Sandnessjøen

- 22 foreslåtte tomter vurderte etter definerte kriterier
- Befaringer, høringer og flere styresaker
- Tre aktuelle tomter; Rishatten, Kvernåsen og eksisterende tomt



### Hovedprogram

- Oppdatert framskrivning av aktivitet og demografi
- Utnyttelsesgrader
- Beregning av kapasiteter

### Økonomi

- Økonomisk bæreevne beregnet 2022
- Basiskalkyle gjennomført 2022
- Usikkerhet beregnet 2022



### Konseptvalg til steg 2

- Nybygg, ombygging og omstrukturering ved eksisterende sykehus i Sandnessjøen
- Tilbygg, ombygging og omstrukturering i Mo i Rana,
- Ombygging og omstrukturering i Mosjøen

## Beslutningsstreken

- Poliklinisk somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen.
- Beregnet «dekningsgrad» for polikliniske tjenester i Mosjøen og Brønnøysund
- Beregnet overføring av kapasiteter til Mosjøen og Brønnøysund
- Forholdstall mellom intensiv-, overvåking- og normalsenger ved akuttisyrkehusene
- Implementering av observasjon- og hotellsenger ved akuttisyrkehusene
- Spesialist- og kommunehelsetjenester - samarbeid og sambruk av arealer og kapasiteter
- Sykehus, utdanning- og forskningsinstitusjoner – samarbeid og sambruk av arealer og kapasiteter
- Innspill vedrørende andre muligheter
- Muligheter for ansatte til å jobbe i både kommune og sykehus
- Pendling/ambulering



# Prehospitale tjenester

Pål Madsen  
Kliniksjeff



Kvalitet

Respekt

Trygghet

# Kjeden som redder liv



Kristine  
Marla  
Åge  
Per Henning  
Nicholas

Foto: Therese Jægtvik, Helgelands Blad

# Dagens ambulansetjeneste Vefsn, Grane og Hattfjelldal

## 16 000 innbyggere

---

- 4 ambulanser i døgnberedskap
  - Mosjøen 2
  - Trofors 1
  - Hattfjelldal 1
- Ambulansestatistikk fra de tre kommunene 2021

• Antall oppdrag	3538	
• Hastegrad akutt	1064	(AMKs vurdering)
• Triage rød og orange	815	(ambulansens vurdering)
• Av disse til sh MSJ	413	



# Responstider (minutter) ved hastegrad akutt 2021

(fra det ringer i AMK til ambulansen er framme)

## Vefsn

- Median 08:00 min.
- 90 percentil 20:00 min. (Byen Mosjøen: 13:00 min.)

## Grane

- Median 12:00 min.
- 90 percentil 37:36 min.

## Hattfjelldal

- Median 09:00 min.
- 90 percentil 32:36 min.

### Anbefalte responstider

St.meld. 43 (1999 -2000):

90-percentil

Tettbygd strøk: 12 minutter

Utenfor tettbygd strøk: 25 minutter

# Kjøretid fra kommunesentrene til Sandnessjøen

(ambulansen kjører «utrykning» med pasient om bord)

---

Fra

Mosjøen: 45 min.

Trofors: 70 min.

Hattfjelldal: 90 min.

Til Selfors, Mo i Rana, ca. 20 minutter lenger

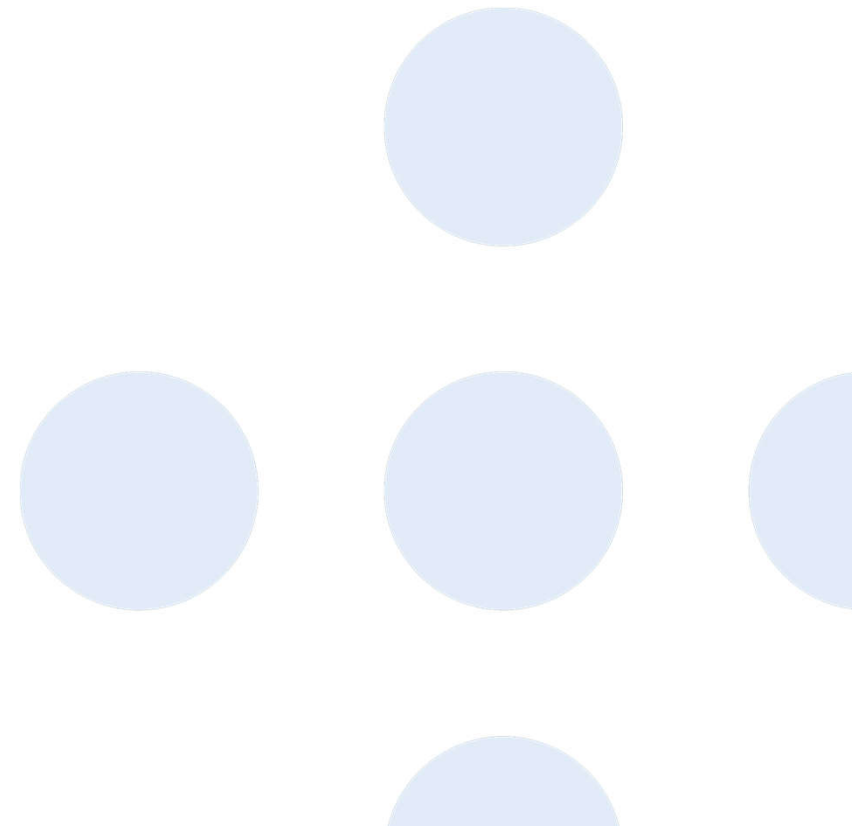
Veldig avhengig av kjøreforhold, trafikk og pasientens tilstand

# Tilstander der prehospitale tider og tiltak kan ha betydning for overlevelse

---

«First Hour Quintet» (European Resuscitation Council)

- Hjertestans
- Alvorlige pustevansker
- Alvorlig skade
- Sterke brystmerter
- Hjerneslag
- Sepsis med organsvikt



# Generelt om kompetanse

---

## **Bilambulanse**

- 2 autoriserte ambulansesarbeidere
  - Fagarbeider, paramedisiner, sykepleier
  - Videreutdanning (nasjonal paramedic, innsatsledelse, psyk/rus, farmakologi)
  - Master in Prehospital Medical Care
  - Sertifisering, resertifisering
- Prosedyresamarbeid med en rekke andre helseforetak
  - FRAM, fagråd

## **Ambulansehelikopter, redningshelikopter**

- Lege, spesialist i anesthesiologi, redningsmann (sykepleier/paramedic)

## **Ambulansefly**

- Sykepleier, videreutdannet i anesthesi- eller intensivsykepleie

## Potensielt tidskritiske tilstander

### Vefsn 13 233 innbyggere (SSB 2022)

(Basert på nasjonal statistikk - FHI 2020)

#### Hjerneslag

- 260 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 13 233 gir 34,4 tilfeller

#### Hjerteinfarkt (STEMI og NSTEMI)

- 250 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 13 233 gir 33,1 tilfeller

#### Sepsis med organsvikt

- 50-100 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 13 233 gir 6,6 - 13,2 tilfeller

## Ambulansetjenestens prosedyrer

#### Hjerneslag

Ambulanse gir stabiliserende behandling og kjører pasient til nærmeste enhet med CT for diagnostikk og videre behandling. Mål: snarest - innen 4 timer fra symptomstart.

#### Hjerteinfarkt

Ambulanse gir stabiliserende behandling (MONA) og sender EKG til sykehus. Dersom STEMI og ikke kontraindikasjoner, gis trombolyse i ambulansen. Mål: innen 30 minutter fra ankomst ambulanse.

#### Sepsis

Ambulanse gir stabiliserende behandling og starter antibiotikabehandling iht SIRS- og qSOFA-kriterier hvis over 20 minutter til sykehus. Lav terskel for legekonsultasjon.

# Potensielt tidskritiske tilstander

## Vefsn 13 233 innbyggere (SSB 2022)

(\*Norsk hjertestansregister)

### Hjertestans

- 86 pr. 100 000 pr. år\*
- Befolkning 13 233 gir 11,4 tilfeller

### Alvorlige pustevansker

- Lungesykdom (astma, KOLS)
- Hjertesykdom (lungeødem)
- Fremmedlegemer, infeksjon i luftveiene
- Anafylaksi m.m.

### Alvorlig skade

- Vitale parametre
- Fysiologi, anatomi, skademekanisme, spes. hensyn

## Ambulansetjenestens prosedyrer

### Hjertestans

- AMK gir telefonveiledning i basal hjerte/lungeredning  
Ambulanse yter avansert hjerte/lungeredning (NRR)
- Barn, voksne, gravide
  - Hjertekomresjonsmaskin hvis transport

### Alvorlige pustevansker

- Ambulanse gir behandling i henhold til aktuelt tiltakskort.
- Forstøver, adrenalin, cortison, CPAP, oksygen m.m.

### Alvorlig skade

- Ambulanse følger prinsippene i Nasjonal traumeplan.
- Direkte til sykehus som kan gi endelig behandling. Hvis ustabil og >45 min transporttid til traumesenter: nærmeste akutt sykehus

## Potensielt tidskritiske tilstander

### Grane 1 461 innbyggere (SSB 2022)

(Basert på nasjonal statistikk - FHI 2020)

#### Hjerneslag

- 260 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 1 461 gir 3,8 tilfeller

#### Hjerteinfarkt (STEMI og NSTEMI)

- 250 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 1 461 gir 3,7 tilfeller

#### Sepsis med organsvikt

- 50-100 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 1 461 gir 0,7 - 1,5 tilfeller

## Ambulansetjenestens prosedyrer

#### Hjerneslag

Ambulanse gir stabiliserende behandling og kjører pasient til nærmeste enhet med CT for diagnostikk og videre behandling. Mål: snarest - innen 4 timer fra symptomstart.

#### Hjerteinfarkt

Ambulanse gir stabiliserende behandling (MONA) og sender EKG til sykehus. Dersom STEMI og ikke kontraindikasjoner, gis trombolyse i ambulansen. Mål: innen 30 minutter fra ankomst ambulanse.

#### Sepsis

Ambulanse gir stabiliserende behandling og starter antibiotikabehandling iht SIRS- og qSOFA-kriterier hvis over 20 minutter til sykehus. Lav terskel for legekonsultasjon.

# Potensielt tidskritiske tilstander

## Grane 1 461 innbyggere (SSB 2022)

(\* Norsk hjertestansregister)

### Hjertestans

- 86 pr. 100 000 pr. år\*
- Befolkning 1 461 gir 1,3 tilfeller

### Alvorlige pustevansker

- Lungesykdom (astma, KOLS)
- Hjertesykdom (lungeødem)
- Fremmedlegemer, infeksjon i luftveiene
- Anafylaksi m.m.

### Alvorlig skade

- Vitale parametre
- Fysiologi, anatomi, skademekanisme, spes. hensyn

## Ambulansetjenestens prosedyrer

### Hjertestans

- AMK gir telefonveiledning i basal hjerte/lungeredning  
Ambulanse yter avansert hjerte/lungeredning (NRR)
- Barn, voksne, gravide
  - Hjertekomresjonsmaskin hvis transport

### Alvorlige pustevansker

- Ambulanse gir behandling i henhold til aktuelt tiltakskort.
- Forstøver, adrenalin, cortison, CPAP, oksygen m.m.

### Alvorlig skade

- Ambulanse følger prinsippene i Nasjonal traumeplan.
- Direkte til sykehus som kan gi endelig behandling. Hvis ustabil og >45 min transporttid til traumesenter: nærmeste akutt sykehus



## Potensielt tidskritiske tilstander

### Hattfjelldal 1 273 innbyggere (SSB 2022)

(Basert på nasjonal statistikk - FHI 2020)

#### Hjerneslag

- 260 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 1 273 gir 3,3 tilfeller

#### Hjerteinfarkt (STEMI og NSTEMI)

- 250 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 1 273 gir 3,2 tilfeller

#### Sepsis med organsvikt

- 50-100 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 1 273 gir 0,6 - 1,3 tilfeller

## Ambulansetjenestens prosedyrer

#### Hjerneslag

Ambulanse gir stabiliserende behandling og kjører pasient til nærmeste enhet med CT for diagnostikk og videre behandling. Mål: snarest - innen 4 timer fra symptomstart.

#### Hjerteinfarkt

Ambulanse gir stabiliserende behandling (MONA) og sender EKG til sykehus. Dersom STEMI og ikke kontraindikasjoner, gis trombolyse i ambulansen. Mål: innen 30 minutter fra ankomst ambulanse.

#### Sepsis

Ambulanse gir stabiliserende behandling og starter antibiotikabehandling iht SIRS- og qSOFA-kriterier hvis over 20 minutter til sykehus. Lav terskel for legekonsultasjon.

# Potensielt tidskritiske tilstander

## Hattfjelldal 1 273 innbyggere (SSB 2022)

(\* Norsk hjertestansregister)

### Hjertestans

- 86 pr. 100 000 pr. år\*
- Befolkning 1 273 gir 1,1 tilfeller

### Alvorlige pustevansker

- Lungesykdom (astma, KOLS)
- Hjertesykdom (lungeødem)
- Fremmedlegemer, infeksjon i luftveiene
- Anafylaksi m.m.

### Alvorlig skade

- Vitale parametre
- Fysiologi, anatomi, skademekanisme, spes. hensyn

## Ambulansetjenestens prosedyrer

### Hjertestans

- AMK gir telefonveiledning i basal hjerte/lungeredning  
Ambulanse yter avansert hjerte/lungeredning (NRR)
- Barn, voksne, gravide
  - Hjertekomresjonsmaskin hvis transport

### Alvorlige pustevansker

- Ambulanse gir behandling i henhold til aktuelt tiltakskort.
- Forstøver, adrenalin, cortison, CPAP, oksygen m.m.

### Alvorlig skade

- Ambulanse følger prinsippene i Nasjonal traumeplan.
- Direkte til sykehus som kan gi endelig behandling. Hvis ustabil og >45 min transporttid til traumesenter: nærmeste akutt sykehus

# Planlagte prehospitala tiltak

Forbehold pga varslet stortingsmelding om prehospitala tjenester (responstid, faglig innhold)

---

- Styrket ambulansetjeneste
  - To ekstra ambulanser i Mosjøen: 1 døgnbil alle dager og 1 dagbil på hverdager. Til sammen 5 døgnbiler og 1 dagbil i området.
  - Styrket kompetanse
- Ny ambulansestasjon for 4 ambulanser i Mosjøen
- Prehospital kompetanse- og treningscenter i Mosjøen - samtrening
- Sammen med kommunene utrede nye og alternative former for akuttberedskap, herunder «Mobil integrert helsetjeneste»
- Rutinesamarbeid og teamtrening – «Trygg akuttmedisin»



---

Møte med fastleger – Vefsn, Grane, Hattfjelldal 03.05.2022  
Prosjekt Nye Helgelandssykehuset

## Oppsummering

---

1. På møtet deltok
  - Kjell Nystuen (Mosjøen)
  - Urban Persson (Mosjøen)
  - Karin Ingebrigtsen (Vefsn kommune)
  - Fredrick Wang Jørgensen (Vefsn kommune)
  - Britt Blaunfeldt (via Teams, Hattfjelldal)
  - Haakon Ljosland (Grane)
  - Behrooz Samani (Grane)
  - Ole Hope (HSYK)
  - Knut Roar Johnsen (HSYK)
  - Hanne Frøyshov (HSYK)
  - Pål Erik Madsen (HSYK)
  - Eystein J. Hauge (HSYK)

2. Vedrørende første agendapunkt:

«I lys av vedtaks punkt 4 søker Helgelandssykehuset som del av konseptfasearbeidet innspill til hvilke polikliniske spesialisthelsetjenester som eventuelt bør lokaliseres til Mosjøen og i så fall hvordan de bør innrettes»

- Særlig palliative team, sammensatt på tvers av forvaltningsnivå, fremheves som ønskelig. Et palliativt team vil typisk kunne bestå av pasientens fastlege, annen ressurs fra kommunen og anestesipersonell fra Helgelandssykehuset HF.
- Det er et nevrologisk miljø ved HSYK MSJ som i dag yter et betydelig antall polikliniske konsultasjoner per år i Mosjøen. Det er viktig å innrette det fremtidige tjenestetilbudet slik at dette fagmiljøet ikke går til grunne.
- Det er behov for øye- og hudlegetjenester. Det er en avtalespesialist i Mosjøen (øye) og på Mo (hud), men ventetiden her er lang, så et poliklinisk tilbud også fra sykehuset på disse fagområdene vil være kjærkomment for pasientene.
- Av de indremedisinske konsultasjonene er det særlig kardiologiske undersøkelser som benyttes i stor grad i dag, men også gastroenterologisk (endoskopier) og pulmonologisk kompetanse (oppfølging lungecancer) er kjærkomment. Eventuelle sykepleierdrevne poliklinikker bør være støttet av leger med rett spesialistkompetanse.
- Billeddiagnostikk-utstyr inkludert CT (relatert til en eventuell nevrologisk poliklinikk og event. slagdiagnostikk) er også ønsket. Røntgenapparatet kan med fordel være mobilt (røntgen thorax på sykehjem etc.)
- Dialyse

3. «Helgelandssykehuset ønsker også dialog om akuttforløpene til pasientene som bor i Grane, Hattfjelldal og Vefsn ved implementering av vedtakspunkt 4, herunder synliggjøring av risiko og kompensierende tiltak. Helgelandssykehuset ser på dette som del av en kontinuerlig dialog som også bør videreføres i de etablerte samhandlingsstrukturene.»
- Det er viktig at Helgelandssykehuset kommuniserer tydelig til befolkningen i Grane, Vefsn og Hattfjelldal hvilke tanker sykehuset har om ivaretagelse av de akuttmedisinske forløpene også etter at strukturvedtaket er iverksatt.
  - Det er tidligere gjort et ROS-arbeid knyttet til ambulansedekningen i Hattfjelldal som må hensyntas, eventuelt må kommunene involveres ved en revisjon av denne.
  - Helgelandssykehuset planlegger å styrke de prehospitale tjenestene i området som følge av en økt risiko for samtidskonflikter grunnet lengre kjøreavstander til sykehus ved implementering av ny struktur.
  - Merrisikoer for alvorlig følgeskader/død ved de fleste akutte tilstander ved en endret sykehusstruktur vil være vanskelig å tallfeste, men utfra omfanget av røde responser i 2021 er antall hendelser per år av begrenset omfang. Hattfjelldal og Grane sa seg enig i at en merrisiko knyttet til en forlenget transporttid til sykehus på ca 45 minutter for deres innbyggere sannsynligvis er akseptabel medisinsk sett
  - Det er viktig å se på den integrerte akuttmedisinske beredskapen (kommunenes utrykningsplikt og ambulansetjenestens utrykningsplikt) og utvikle dette samarbeidet i fellesskap. Begge parter har forventninger knyttet til sin responstid.
  - Helgelandssykehuset vil se nærmere på akkurat hvilke pasientgrupper som er utsatt for en merrisiko og rette inn tiltak deretter sammen med kommunene. Dette inkludere foruten styrking av ambulansetjenesten fokus på å videreutvikle tidlig sepsis-intervenering, prehospital trombolyse og to-veis lyd- og bildekommunikasjon mellom AMK, ambulanse og legevakt.
  - Helgelandssykehuset vil gjøre separate kost-/nyttevurderinger knyttet til en CT-maskin i Mosjøen med bakgrunn i vanlige prioriteringskriterier; jf. prioriteringsforskriften
  - Det er viktig å legge til rette for samtrening mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten generelt og ambulansepersonell og legevaktpersonell spesielt gjennom fornuftige lokaliseringvalg, fortrinnsvis en samlokalisering.



Sak: Nye Helgelandssykehuset. Konseptfasen.

Agenda:

- Gjennomgang av forrige møte og informasjonen som ble gitt.
- Det skal være en metodisk gjennomgang for å belyse spørsmålene og innspillene som har kommet i de tidligere innspillsrundene.
- Innspill mottas og noteres. Også åpent for å sende disse inn i ettertid, men må komme innen mandag kl. 16:00.

Innledning:

Gjennomgang av strukturvedtak, bekreftet av begge statsrådene. Vedtaket forteller om et fortsatt poliklinisk somatikk-tilbud v. Mosjøen, men det er ikke spesifisert hva som skal ligge her. Det er spesifisert at det polikliniske tilbudet i Mosjøen skal utarbeides i samarbeid med kommunen og det søkes en felles drift av bygget.

Større kirurgi og sengeposter skal ikke lenger tilbys ved sykehusbygget i Mosjøen.

Ang. «Samlokalisering med kommunene» må man diskutere dette med kommunene.

«Visse somatiske tjenester har inneliggende pasienter behov for». Sykehuset har utredet hva som skal kunne måtte tilbys av somatiske tjenester til inneliggende pasienter.

Gjennomgang av hvor i prosjektet vi har kommet. Ligger i skitet mellom steg 1 og 2 i konseptfasen. Vedtatt i styret at konsept 3 skal jobbes videre med (Oppgradering av eksisterende bygg i SSJ + nybygg).

Videre skal en i steg 2 jobbe med mer detaljer mtp. Areal og romfordeling.

Strukturvedtaket er en betingelse for at vi skal klare dette. Aktiviteten i Mosjøen må ned for å kunne finansiere prosjektet. Lånesøknaden sendes tidligst Des. -23 og behandles for statsbudsjettet i 2025. Byggestart kan eventuelt bli i 2026.

Vedtaks punkt 4:

Samlokalisering med kommunale tjenester. Man må avklare hva som kan driftes felles med kommunen. Kan være deling av personell eller lignende samarbeid som inngås.

Kommunene som inviteres til samarbeidet blir Vefsn, Grane, Hattfjelldal og Vefsn.



Medvirkning i pkt. 4: tilbud i Mosjøen.

Eystein Hauge korrigerer: Investeringsbeslutningen vil komme etter forprosjektfasen. Frem til da skal konseptet viderearbeides og planlegges.

Brukerutvalget får instruksjon i metoden for å vurdere innspill og i hvilken form de ønskes innsendt. Innspillene skal definere problemet og sees opp imot muligheter og utfordringer – for og imot. De skal også sees i forhold til vedtaket og det skal tas stilling til om de er motstridende vedtaket.

Eks: Det utføres 1600 CT-undersøkelser i Mosjøen som kan få innpass på de andre radiologiske avd. i Helgelandssykehuset. Det vil følgelig ikke være økonomisk forsvarlig å fortsette med denne undersøkelsen i Mosjøen.

Spørsmål fra brukerutvalget: Pasientkasus hvor pasient måtte innlegges i Vefsn og få transfusjoner. Spørsmål om dette vil kunne tilbys av kommunale tjenester.

Svar til brukerutvalget: Dette vil vurderes i de enkelte tilfeller avhengig av omsorgsbehovet. Helsetjenester kan tilbys av kommunen, men i hvilken grad må vurderes. Samhandlingsreformen overførte en god del midler fra Helseforetak til kommunene for å etablere flere behandlingstilbud og sengeplasser. Det må sees på hvilken ansvarsfordeling man kan etablere mellom kommunen og sykehuset.

Innspill fra brukerutvalget: Frykter at helsetjenesten vil fortsette å være stykkevis og delt med lite sammenheng mellom psykisk helse og somatikk. Ønske om mer helhetlig tilbud og behandling. Tettere samarbeid mellom kommunale og spesialisthelsetjenester.

Innspill fra brukerutvalget: *Tilbudet til pasienter som er avhengig av tjenester fra psykisk helse og rus må være robust, stort og forsvarlig. Det er en økende forekomst av personer med psykiske lidelser og vi frykter at denne delen av helsetjenestene skal nedbygges. Vi vil også at helsetjenestene skal samarbeide om ettervern. Brukerhistorier vi er kjent med forteller om ansvarsfraskrivelse både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten. Etter avtale mellom KS og regjeringen og i den nasjonale helse- og sykehusplanen er det understreket at tjenestene skal utformes i nært samarbeid mellom kommuner, sykehus og brukere. Brukerutvalget går utifra at dette blir fulgt i prosessen.*

Svar til brukerutvalget: Brukerbehovene er sammensatte og vanskelig å forutsi i enkelte tilfeller, spesielt ROP-pasienter. Enkelte steder har etablert FACT-team som er tverrfaglige, oppsøkende team. Sykehuset ønsker å tilby helhetlige tjenester, men kommunehelsetjenesten kan være en styrke her. Det må vurderes i hvert tilfelle om det vil være rett å følge opp med somatiske spesialisthelsetjenester. Det vil være vanskelig å tilby en såpass robust, bred spesialisthelsetjeneste i Mosjøen for å dekke alle pasientens behov på én lokalisasjon. Det beste vil i så fall være å få en samordning på et sykehus hvor det finnes brede fagmiljøer, altså hovedsykehuset.





**Innspill fra brukerutvalget:**

Vises til brukerutvalgskonferansen i Tromsø, hvor behandling i rus og psykiatri ble nedprioritert under pandemien.

**Svar til brukerutvalget:**

Det kan oppstå vanskelige situasjoner når en setter somatikk og psykisk helse opp mot hverandre. Viser til tverrfaglige oppfølgingsteam, hvor en har ønsket å få inn annen kompetanse i kommunehelsetjenesten med gode resultater.

**Innspill fra brukerutvalget:**

Individuelle planer har en tendens til å forbli ubrukt. Disse må innvilges og de må også brukes. Helsepersonell har en plikt til å vurdere individuelle planer. Kan koordinerende enhet være en medspiller i prosessen? Koordinerende enhet ønskes invitert til brukerutvalgsmøte.

**Innspill fra brukerutvalget:**

Oppsamlingsdrosjer over lengre avstander medfører mye venting. Det blir belastende for pasientene med disse reisene. Det tilbys ikke mat, stillhet eller nødvendigvis et hvilerom for de som venter. Opplever at man i stor grad må kjøre selv og at leger overprøves av pasientreiser.

*Pasienter som får lengre reisevei må ha tilgang til mat, drikke og hvilefasiliteter.*

**Innspill fra brukerutvalget:**

Hjerneslag. Spørsmål om det ikke er tjenlig med CT for å spare minutter for å utelukke hjerneblødning før en kan få trombolyse.

**Svar til brukerutvalget:**

Det er mange ledd i dette løpet som har innvirkning på resultatet av hjerneslag. Tid til bildediagnostikk er et ledd i kjeden, men man må se på forsvarlig bruk av midler ifht. Effekten av å ha CTen her. Det er også en mulighet for at mellomstopp på et poliklinisk sykehus vil bli en pasientfelle heller enn å dra til et større sykehus. Sannsynligvis vil dette stoppet ikke være tjenlig for pasientene, spesielt i Vefsn. Det kan være fordelaktig for pasienter som bor lengre unna, men sannsynligvis vil en stopp i Mosjøen medføre et dårligere forløp. For hjerneslag alene kan en ikke forsvare en CT i Mosjøen. Da må en evt. Se på hva annet en CT kan brukes til.

**Prosjektet ønsker innspill på innspillet: «samlokalisering av kommunal legevakt med ambulansetjenesten i Mosjøen»**

Samlokalisering har klare fordeler, bl.a. at det kan foregå samtrening og felles utrykning.

Svar fra brukerutvalget: Frykter at det ikke vil være nok ambulanser i Mosjøen. Det vil være fordelaktig å ha disse samlokalisert.



Prosjektet ønsker innspill på innspillet: «**Beholde de somatiske fagmiljøene som de er i Mosjøen i dag.**»

Spesifisering fra prosjektet: Det virker å være et ønske om å beholde spesialistene på lokalisasjonen hvor de er. Det er politisk bestemt at enkelte funksjoner skal flyttes til hovedsykehuset. Sykehuset er bundet til disse rammene og sykehuset skal betale byggingen selv. Det er følgelig økonomiske hensyn som må tas. Ønskes innspill fra brukerutvalget.

Svar fra brukerutvalget:

Brukerhistorie om hjemmesykepleie som har vært utenfor dekning. Opplevd at man må bruke ambulansetjenesten når hjemmesykepleiere ikke er tilgjengelige.

Svar fra samhandlingsavdelingen:

Det kan være mulig å se på hvilke *tjenester* som kan fortsette å tilbys i Mosjøen, heller enn hvilke bygg og bygningsmasse. Henvises til prosjektet «Helserom Helgeland».

Prosjektet ønsker innspill på innspillet: «**Innspill om å beholde blodgiverkorpset i Mosjøen**»

Ønske om at blodgiverkorpset i Mosjøen ivaretas. Ønsker store nok laboratoriefasiliteter til dette. Oppfattes som to spørsmål. Det må vurderes om det trengs et fullgodt laboratorium i Mosjøen eller kun muligheter for høsting her. Sykehuslaboratoriet dekker også en del av det kommunale behovet for analyser.

Prosjektet ønsker innspill på innspillet: «**Styrking av rehabiliteringstilbudet i Mosjøen.**»

Svar fra BU:

Det oppleves som uklart hva som skal være spesialisthelsetjenestens tilbud og hva som skal være kommunens tilbud.

Nordtun rehabilitering hentes frem. Rehabiliteringsinstitusjonen hadde nylig nådd årets kvote for tjenester og har måttet redusere driften. Det påpekes at slike stramme rammer er uheldige for driften, brukerne og de ansatte.

Svar fra samhandlingsavdelingen:

Det foregår en styrking av rehabiliteringstilbudet i regionen p.t.

Ønske om innspill på innspill: **Utvikle palliative team i fellesskap.**

Svar fra brukerutvalget: Virker fornuftig å ha en samlokalisering når det gjelder palliative team. Det finnes allerede et kommunalt tilbud i Mosjøen som kanskje kan styrkes.

Svar fra samhandling: Det finnes allerede et samarbeid mellom kreftsykepleiere i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Det er under utvikling.

Svar fra prosjektet: Det er muligheter for å samhandle og samarbeide om palliative team. Dette kan være en felles arena for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Innspill fra brukerutvalget:

Det er ønskelig med infusjoner og dialyse fortsatt i Mosjøen.

Svar fra prosjektet:

Det er en trend som går mot å legge til rette for hjemmedialyse. Dette er en kvalitetsindikator som sykehusene måles på. Sykehuset ønsker å fortsette med denne moderniseringen, men sykehuset og prosjektet planlegger for at kreft/infusjon og dialyse fortsetter i Mosjøen.

Innspill fra BU: Mange oppgaver har allerede blitt flyttet fra sykehusenes til kommunenes ansvarsområde. Det er en fordel om slike tjenester kan utformes i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Brukerutvalget inviteres til å følge metoden for innspill, men ønsker heller at dagens referat fra deres sekretariat sendes som deres uttalelse.