

## Vedlegg 3. Høringsuttalelser – vurderinger

### Hørings- og innspillsrunde

Det ble i perioden 4. november til 13. desember gjennomført en hørings- og innspillsrunde basert på forslaget om funksjons- og oppgavefordeling av 4. november. Dette løsningsforslaget var ikke styrebehandlet i Helgelandssykehuset, så høringsrunden har vært å anse som en del av den saksbehandlingen som skal ligge til grunn for styrebehandling 24. januar 2025. Samtlige kommuner, ungdomsrådet, brukerutvalget, fagorganisasjonene, vernetjenesten og egne medarbeidere for øvrig, ble invitert til å uttale seg. Det var også åpning for andre å komme med innspill. Det var utarbeidet en høringsmal med utgangspunkt i de fem punktene i forsvarlig drift: • Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient • Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver • Forsvarlig totalbelastning på personell • Forsvarlig bruk av bygg og utstyr • Forsvarlig økonomi.

Helgelandssykehuset mottok totalt 70 høringsuttalelser, hvorav 15 kom fra kommuner på Helgeland, 40 interne og 15 fra øvrige. Uttalelsene utgjør til sammen 363 sider. Samtlige høringsuttalelser er lagt ut på Helgelandssykehusets hjemmesider <https://www.helgelandssykehuset.no/ending-og-omstilling-i-helgelandssykehuset/horing/>

### Vurdering av høringsuttalelsene

Det har vært et stort engasjement, og høringsuttalelsene inneholder mange gode innspill. Rettelser og utfyllende informasjon vedrørende dagens drift er fulgt opp. Noen høringsinstanser har valgt å benytte anledningen til å kommentere det overordnede strukturvedtaket, gitt av helseministeren 3. juli 2024. Helgelandssykehuset har ikke hatt strukturvedtaket på høring og kommer ikke til å saksbehandle disse kommentarene videre, noe innsenderne har fått tilbakemelding om. Selv om høringsinstansene har tatt opp mange temaer, er det noen som er viet særlig stor oppmerksomhet. Disse er nærmere omtalt i vedlegg her. Med ett unntak, barns beste, er det ikke framkommet helt nye momenter som Helgelandssykehuset ikke har hatt til vurdering under utarbeidelsen av løsningsforslaget av 4. november. Derimot har det kommet innspill som synliggjør behov for nærmere forklaring og begrunnelse for noen løsningsforslag. De stramme rammebetingelsene som er satt innen bygg og arealer legger premisser for valg av løsning, men helsepersonellmangelen og fordeling av denne utfordringen mellom lokalisasjonene er av en enda større betydning. Det vises til nærmere redegjørelse om personell, utdanning og kompetanse i vedlegg 2.

## Høringsuttalelser

### Urologi

Det er mottatt en rekke bekymringer og advarsler knyttet til forslaget om å overføre urologi fra Mosjøen til Sandnessjøen. Det vises til at fagmiljøet er bygget opp gjennom flere år og har en stor produksjon med gode resultater. Ved å gjennomføre døgnoperasjonene i Sandnessjøen og seinere også dagkirurgiske inngrep, advares det mot at fagmiljøet kan ta skade og i verste fall bryte sammen. Det er kommet forslag om døgnfunksjon i Mosjøen to dager i uka for fortsatt å kunne gjennomføre disse operasjonene i Mosjøen.

### Vurdering:

Det er to grunner til at overføring av urologi til Sandnessjøen er foreslått. Døgnoperasjoner (236 inngrep i 2023) innebærer at pasienten er innlagt på sykehuset. Ifølge løsningsforslaget skal det ikke være noen form for døgnfunksjoner eller døgnberedskap i Mosjøen, bortsett fra slagalarm og eventuelt en framtidig rehabiliteringsfunksjon. Døgnoperasjoner innen urologi ville innebære et brudd på dette prinsippet. Forslaget om døgnseger i Mosjøen er også omtalt i eget avsnitt under.

Den andre begrunnelsen er at det kirurgiske fagmiljøet i Sandnessjøen har behov for utvikling og større bredde i virksomheten. Selv om urologi ikke anses å være direkte relevant for å opprettholde kompetanse og trening i akuttkirurgi og traumer, vil det på sikt styrke det totale kirurgiske fagmiljøet. Det vil også bidra til en

mer allsidig virksomhet for hele den kirurgiske verdikjeden, herunder anestesi- og intensivmiljøet. Dette er også rekrutterende. Kirurgisk avdeling i Sandnessjøen ønsker urologien velkommen.

Fagmiljøet innen urologi vurderes å være sårbart. Det er tre overlegestillinger og to LIS-stillinger. I tillegg består fagmiljøet av uroterapeuter og godt trent operasjonssykepleiere og pleiepersonell for øvrig. Det er vurdert om både døgn- og dagkirurgi skal overføres til Sandnessjøen samtidig. Dette ville kunne innebære en raskere oppbygging av et urologisk fagmiljø i Sandnessjøen, og en ville kunne unngå dublering av noe operasjonsmateriell. Kostnadene knyttet til dette er beskrevet i vedlegg 5. En opprettholder likevel forslaget om en trinnvis overføring for å sikre en forsvarlig drift. Gitt ventetidsløftet, er det vesentlig at omstillingen ikke medfører redusert pasienttilbud, og dette må følges nøye. Overgangsperioden bør ikke overstige ca. to år. Det forventes at antall spesialister øker fra dagens én, noe som vil styrke fagmiljøets robusthet i omstillingen.

#### Konklusjon:

Urologiske døgnoperasjoner overføres til Sandnessjøen. Videre overføring av dagkirurgi skal skje trinnvis under nøye overvåking av forsvarlig drift og opprettholdelse av pasienttilbudet.

#### «Stabiliseringsfunksjon» i Mosjøen

Ambulansetjenesten i Hattfjelldal, Grane og Vefsn har hittil hatt anledning til å søke assistanse fra fagmiljøet i Mosjøen for behandling av hardt skadde pasienter. Det dreier seg særlig om hjelp fra anestesipersonell for å sikre pasientens luftveier. Det har også vært eksempler på etablering av blodtransfusjon og ekstra følge av fagpersonell fra Mosjøen under videre ambulansetransport til akuttsykehus. Det er i høringsrunden uttrykt bekymring for at dette tilbudet forsvinner.

#### Vurdering:

Helse Nord og Helgelandssykehuset forholder seg til Nasjonal traumeplan. Pasienter med alvorlig skade skal raskest mulig til det sted som kan ferdigbehandle dem, eller som kan håndtere livstruende skader i påvente av overføring til traumesenter. På Helgeland er det i henhold til kriteriene to akuttsykehus med traumefunksjon, nemlig lokalisasjonene Sandnessjøen og Mo i Rana. Helse Nord's traumesenter er UNN Tromsø, men også St. Olavs hospital i Trondheim kan benyttes. Om funksjonen til sykehus uten traumefunksjon, legevakt, helsesentre m.v. sier traumeplanen at «disse kan brukes for midlertidig undersøkelse og stabilisering av pasienter med mistenkt alvorlig skade i påvente av transport. Behandlingstiltak kan gjøres avhengig av tilgjengelig kompetanse, men i samråd med traumeleder på det traumesenter/sykehus pasienten venter på å komme til. Diagnostikk og behandling skal ikke forsinke transport, med mindre det er en forutsetning for overlevelse». Dette tilsier at pasienter som allerede er under transport mot akuttsykehus med traumefunksjon ikke skal behandles ved denne type helseinstitusjoner. De kan fort bli en «pasientfelle». I prosjekt OU Prehospital skal det utvikles prosedyrer som beskriver prehospitale tiltak i situasjoner der det er behov for raskest mulig anesthesiologisk assistanse. Ambulanse- og redningshelikoptertjenesten er fast bemannet med anestesilege. Mange sykehus har rutiner for utrykning av anestesipersonell fra akuttsykehus for å kjøre ambulanse i møte.

#### Konklusjon:

Det vurderes å ikke være grunnlag for en egen «stabiliseringsfunksjon» i Mosjøen utover det akuttmedisinske tilbudet som primær- og spesialisthelsetjenesten yter på Helgeland for øvrig.

#### Fordelingen av de indremedisinske opptaksområdene

Som ventet, er mange skeptiske til at Vefsn kommune skal inngå i det indremedisinske opptaksområdet til

Mo i Rana. Det er flere bekymringer knyttet til dette. Pasienter fra Vefsn inngår i det generellkirurgiske opptaksområdet til Sandnessjøen, slik at det blir to lokalisasjoner å forholde seg til innen disse to «hovedfagområdene». Det er inntil 20 minutter lenger kjørevei fra Mosjøen til Selfors på Mo enn til Sandnessjøen. Mange frykter at det kan gi en avgjørende forsinkelse av nødvendig behandling når det haster. Til sist påpekes det at når pasientgrunlaget til Mo i Rana gjennom dette forslaget øker mer enn pasientgrunlaget til lokalisasjon Sandnessjøen, gir det en uheldig favorisering av lokalisasjon Mo i Rana med tanke på faglig utvikling og rekruttering. Mo i Rana har allerede funksjonsfordelt de «tunge» fagene ortopedi og tarmkirurgi. Man mener da at forslaget ikke støtter opp under kravet om bærekraftig og fremtidsrettet drift begge steder. Det er et ønske ved begge akuttsykehusene at legene i større grad har aktiv tilstedevakt framfor passiv hjemmevakt. Dette krever en viss aktivitet på vakttid, som igjen henger sammen med pasientgrunlaget.

#### Vurdering:

At befolkningen i Vefsn skal forholde seg til behandlingstilbud på ulike lokalisasjoner er ikke noe nytt. Alle helgelendinger må det. Allerede i dag er en rekke fagområder funksjonsfordelt til én lokalisasjon. Eksempler er øye og nevrologi i Mosjøen, Øre-nese-hals og rehabilitering i Sandnessjøen og revmatologi og ortopedi i Mo i Rana. Det spesielle med indremedisin er at innleggelsene er preget av øyeblikkelig-hjelp, hvorav noen med stor grad av hast. Det faglige tilbudet i ambulansetjenesten har de siste årene medført at behandling av mange av disse tilstandene startes i ambulansen. Den viktige samhandlingen med kommunal legevakt styrkes nå gjennom det regionale kvalitetsforbedringsprosjektet «Trygg akuttmedisin». Disse tiltakene reduserer risikoen ved noe lenger vei til akuttsykehus. Det akuttmedisinske samarbeidsprosjektet OU Prehospital vil fortsette arbeidet med å etablere gode akuttmedisinske rutiner i Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Ved siden av ambulansetjenesten og fastleger, deltar kommunale helse- og omsorgstjenester og representanter for brukerne i dette prosjektet.

Helgelandssykehuset skal være ett sykehus, der både lokalisasjonene Sandnessjøen og Mo i Rana er fullverdige akuttsykehus. Det innebærer blant annet at det elektroniske pasientjournalssystemet er gjennomgående og tilgjengelig fra alle lokalisasjoner. Journalnotater etter undersøkelser og behandling gitt i Mo i Rana kan altså leses i Sandnessjøen og vice versa. Ambulansepersonell og legevakt må alltid gjøre vurderinger av hvor og hvordan dårlige pasienter skal transporteres. Noen skal flys direkte til høyere omsorgsnivå, men andre av spesielle grunner transporteres til andre lokalisasjoner enn det opptaksområdet skulle tilsi. Dette betyr at «dekningsområdet» har den nødvendige fleksibiliteten. For øvrig er det foreslått at alle pasienter fra de tre kommunene med mistanke om hjerneslag skal tilbys CT-undersøkelse i Mosjøen og deretter ved indikasjon innlegges ved sykehuset i Sandnessjøen.

Når det gjelder ulikt pasientgrunnlag for de to akuttsykehusene, minnes det om at lokalisasjon Sandnessjøen allerede har et større pasientgrunnlag innen generell kirurgi, føde og gynekologi enn lokalisasjonen i Mo i Rana. To likeverdige akuttsykehus betinger ikke at de er like i ett og alt. Det vurderes at et indremedisinsk pasientgrunnlag på nesten 30 000 er tilstrekkelig for å opprettholde et godt indremedisinsk fagmiljø med utviklingsmuligheter og en robust og attraktiv vaktordning for leger. Dette er situasjonen ved flere av landets akuttsykehus, og det støttes av vurderinger i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), der sykehusnivåene ble drøftet.

Fordelingen av de indremedisinske opptaksområdene kan framstå som lite optimalt, men er et kompromiss mellom mange ulike hensyn. Aller viktigst er kvaliteten i pasienttilbudet prehospitalt og ved begge akuttsykehusene. Pasientsikkerheten er ikke redusert i forhold til andre alternativer.

Konklusjon:

Det er ikke grunnlag for å endre forslaget om fordeling av de indremedisinske opptaksområdene.

#### Slagalarm i Mosjøen

I høringsuttalelsene er hjerneslag viet stor oppmerksomhet. I løsningsforslaget er det foreslått døgnbasert «slagalarm» i Mosjøen. Det innebærer at lokalt prehospitalt helsepersonell i nær dialog med lege i akuttsykehuset Sandnessjøen avklarer om pasienten har blodpropp eller blødning og starter trombolytisk behandling ved indikasjon. CT-apparatet blir fjernstyrt av radiograf i Sandnessjøen etter modell av slagalarm ved DMS i Brønnøysund. Samtlige høringsinstanser støtter et slagtilbud i Mosjøen, men noen mener det er nødvendig med radiograf i vakt for å betjene CT-apparatet og dermed også kunne gjennomføre CT-angiografi med kontrast for å påvise eventuell storåreokklusjon. Dette har betydning for å avklare om pasienten bør transporteres direkte til sykehus som har tilbud om trombektomi.

Vurdering:

I løsningsforslaget var ikke konseptet «slagalarm i Mosjøen» godt nok forklart. Desentralisert slagalarm er et godt tilbud til pasienter med hjerneslag som trenger behandling med trombolyse (plumbo). Noen pasienter har storåreokklusjon og trenger i tillegg trombektomi (trombefisking). For å avklare om pasienten har storåreokklusjon må det tas CT-angiografi (kontrastundersøkelse av blodårene i hjernen). Denne undersøkelsen tas vanligvis på lokalsykehus, før pasienter med påvist storåreokklusjon transporteres videre til trombektomisenter. Per i dag er det kun mulig å ta CT-angiografi på dagtid i Brønnøysund, når det er radiografer til stede. Prosedyrene som er utviklet for slagalarm Brønnøysund inneholder imidlertid kriterier for å mistenke storåreokklusjon allerede når ambulansen er hjemme hos pasienten. Ved mistanke om storåreokklusjon vil nevrolog på trombektomisenter kobles inn i flerpartsamtale med prehospitalt personell, og det vil gjøres individuell vurdering av hvor pasienten skal transporteres. Noen pasienter vil selekteres til desentralisert slagalarm, andre vil selekteres til lokalsykehus eller trombektomisenter. Prosedyren samsvarer med ny regional prosedyre for hjerneslag i Trygg akuttmedisin.

Det er i 2024 startet opp et innovasjonsprosjekt der Helgelandssykehuset samarbeider med UNN for å fjernstyre kontrastpumpe på DMS Brønnøy og DMS Finnsnes. Det kan da tas CT-angiografi ved desentralisert slagalarm også når det ikke er radiograf til stede. Dette prosjektet har mottatt innovasjonsmidler fra Helse Nord RHF. Det er også gledelig at en LIS-lege i Sandnessjøen er tildelt forskningsmidler for å gjennomføre et PhD-løp, der resultatene for pasienter som får prehospital slagbehandling skal undersøkes. Det foreliggende forslaget om slagalarm i Mosjøen er altså godt kvalitetssikret og følges opp vitenskapelig i nært samarbeid med vårt universitetssykehus.

Konklusjon:

Forslaget om slagalarm i Mosjøen etter modell fra DMS Brønnøysund blir stående.

#### Døgnsenger i Mosjøen

Flere høringsinstanser tar til orde for opprettholdelsen av felles tverrfaglige døgnsenger i Mosjøen. Det nevnes minst fire dager pr. uke. I tillegg til å kunne beholde døgnekirurgi, som nevnt under urologi, er det et ønske om felles tverrfaglige senger for utredning, palliasjon, rehabilitering, tilpassing behandling for nevrologiske pasienter samt fortsettelse dialyse og KIB inklusive kirurgisk observasjon. Det skal sikre både avlastning av akuttsykehusene for pasienter som ikke trenger direkte innleggelse, nært behandlingstilbud, tidsnært utredning innen pakkeforløpene og avlastning med utskrivningsklare pasienter. Det vises til

brugerutvalgets innspill til oppdragsdokument 2025 (styresak 97/2024 vedlegg 4; møte brukerutvalg sak 51-2024) om intermediære døgnenger som viktig støttefunksjon for kommunes tjenester.

Vurdering:

En sentral føring fra Helse Nord RHF og eget styre er at antall sykehusenheter med døgnfunksjon og beredskap på Helgeland skal reduseres fra tre til to. Det vurderes at døgntilbud i regi av spesialisthelsetjenesten og dermed beredskap i Mosjøen som varierer fra dag til dag vil være uheldig. Det bør ikke innføres rutiner som kan skape tvil om en helseinstitusjon har beredskap eller ikke, da dette kan true pasientsikkerheten. Helgelandssykehuset har gjennom saksbehandlingen hatt en dialog med kommunene for å undersøke interessen for intermedieersenger. Interessen for dette er varierende, men en utredning av observasjonspost ved DMS Brønnøysund har støttet. Foretaket vil likevel fortsette dialogen med kommunene om mulige samarbeidsformer, som brukerutvalget etterspør. Løsningsforslaget inneholder også et ønske om sammen med kommunene å utrede muligheten for å etablere et felles rehabiliteringstilbud i Mosjøen. Dette vil i så fall innebære døgnenger, men altså begrenset til rehabilitering.

Konklusjon:

Det skal ikke etableres døgnenger i Mosjøen utover eventuelt samarbeid med kommunene om intermedieersenger og/eller rehabilitering.

### Rehabilitering

Mange kommuner har gitt positive tilbakemeldinger på forslaget om å utrede etablering av et felles rehabiliteringstilbud i Mosjøen. Det er naturligvis mange spørsmål knyttet til ansvarsforhold, finansieringsmodell med mer. Et slikt samarbeidsprosjekt mellom Helgelandssykehuset og kommuner kan og skal ikke erstatte rehabiliteringstilbudet i Sandnessjøen. Pasienter i den subakutte fasen av alvorlig sykdom eller skade er avhengig av innleggelse i akuttisjukhus. Noen høringsinstanser er likevel bekymret for at oppbygging av et tilbud i Mosjøen kan forhindre eller forsinke en nødvendig styrking av rehabiliteringsposten i Sandnessjøen.

Vurdering:

Helsemyndighetene og Helse Nord RHF er tydelige på at rehabiliteringstilbudet må styrkes i både sykehus og i kommunene. Flere kommuner på Helgeland opplever at tilbudet er svekket som følge av nedleggelsen av Helgeland rehabilitering i Sømna. Det er forståelig at mange spør seg hvorfor helseforetaket kommer opp med dette forslaget like etter at fagmiljøet i Sømna er oppløst. Helgelandssykehuset var ikke involvert i Helse Nord's anskaffelse av private rehabiliteringstjenester. Helsefellesskap Helgeland har etablert et faglig samarbeidsutvalg (FSU) Rehabilitering og en utredning av et tilbud som beskrevet i Mosjøen bør involvere dette FSU på en hensiktsmessig måte.

Rehabiliteringsposten i Sandnessjøen har fem senger. Utilstrekkelig bemanning, både når det gjelder leger, ulike terapeuter og pleiepersonell, medfører stengning i sommerferien og i jula. Løsningsforslaget tar sikte på å primært styrke bemanningen, slik at posten sikres kontinuerlig drift i de fem sengene. Tilbakemeldinger fra medisinsk klinikk tilsier imidlertid at antall senger og bemanningsutfordringene hører sammen. Det er større muligheter for nødvendig rekruttering ved samtidig økning av antall senger. Finnmarkssykehuset, som har samme pasientgrunnlag som Helgeland, har 9 senger. Det samme antallet ble foreslått av arbeidsgruppe 3, som utredet saken i Helse Nord's endrings- og omstillingsarbeid. Det vurderes derfor at sengetallet bør økes, og at bemanningsutfordringene håndteres parallelt med dette. Lokalisasjonen i Sandnessjøen får frigjort 797 m<sup>2</sup> tidlig i 2026 som følge av at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten flytter ut. Dette kan

være en god anledning til relokalisering av diverse funksjoner i sykehuset. Dermed gis det også nye muligheter for å sikre rehabiliteringsposten bedre plass.

Konklusjon:

Det foreslås at arbeidet med å styrke bemanningen ved rehabiliteringsposten i Sandnessjøen fortsetter, men at det parallelt forberedes en utvidelse av sengetallet til ni i 2026.

#### Observasjonspost ved DMS Brønnøysund

Forslaget om å etablere en observasjonspost ved DMS Brønnøysund har vekket et stort engasjement i høringsrunden. Også knyttet til dette forslaget er det reist spørsmål rundt ansvarsforhold og finansiering. Noen kommuner er mer skeptisk og mener at forslaget i praksis kan innebære en utvidelse av kommunens plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp (ref. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd). Men det er også spilt inn andre modeller for å kvalitetssikre innleggelsesbehovet prehospitalt. Et samarbeid mellom helseforetak og kommuner rundt prehospitalt innsatsteam er ett eksempel.

Vurdering:

Hensikten med tilbudet om kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering. Både kommunene og Helgelandssykehuset er enige om at innleggelse i sykehus bør unngås dersom pasientens tilstand og omsorgsbehov kan avklares prehospitalt. Fra pasientenes synsvinkel synes dette behovet å være større når transport eller reise til sykehus er lang og strevsom. Dette er tilfellet for befolkningen på Sør-Helgeland. Forslaget om en «observasjonspost» ved DMS Brønnøysund innebærer en større involvering av spesialisthelsetjenesten i form av vurdering og veiledning, selv om behandlingsansvaret fortsatt ligger i primærhelsetjenesten. Observasjonssenger kan også etableres i tilknytning til akuttmottakene, og slike benyttes i varierende grad allerede i dag. Dette kan være hensiktsmessig for en befolkning som bor nær akutt sykehus, men en videre utredning av prehospitalt observasjonsmuligheter vurderes å være ønskelig for både helseforetaket og kommunene. Det ligger særlig godt til rette for å etablere et slikt tilbud ved DMS Brønnøysund. Det vil være et prioritert prosjekt for Helgelandssykehuset og kommunene på Sør-Helgeland å søke rekrutterings- og samhandlingsmidler for etablering av en slik observasjonspost. Fristen for søknader er 1. april 2025. (Ref. styresak Helse Nord RHF 18.12.2024). Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) i Helsefelleskap Helgeland har laget kriterier for hvordan søknader skal prioriteres i Helsefelleskapet.

Konklusjon:

Helgelandssykehuset ønsker sammen med kommunene å utrede etablering av en observasjonspost ved DMS Brønnøysund og vil søke om rekrutterings- og samhandlingsmidler for å finansiere denne.

#### Barns beste

Statsforvalteren i Nordland uttrykker i sin høringsuttalelse at Helgelandssykehuset i løsningsforslaget bør ha en bredere drøfting av tjenester til barn og unge av hensyn til barns beste. Det vises til flere tilsynssaker de senere årene som har omhandlet somatiske helsetjenester til barn, og Statsforvalteren mener det er spesielt viktig at Helgelandssykehuset gjør en grundig vurdering av hvordan barn skal sikres forsvarlige tjenester og at tjenestene har tilstrekkelig redundans til å kunne levere forsvarlige tjenester også ved samtidighetskonflikter og ved vær- og føreforhold som kan være til hinder for rask transport til høyere omsorgsnivå. Ungdomsrådet har tidlig i prosessen i en uttalelse til utvidet ledergruppe påpekt behovet for mer fokus og bedre tilrettelegging for barn og unge som pasienter. Ungdomsrådet har stilt seg spørsmålet: «kanskje barn skulle ha blitt tatt imot på ett sted?»

Universitetet Nord Norge har også påpekt betydningen av det barnemedisinske tilbudet i Helgelandssykehuset i forbindelse med mottak av 5. og 6. års medisinstudenter. Det pediatriske miljøet for tiden for lite. Enten må pediatri avsluttes 4. år i deres studiemodell eller så må medisinerstudentene til Nordlandssykehuset Bodø i en periode mens de har opphold på Helgeland i den fremtidige modellen.

#### Vurdering:

Helgelandssykehuset er takknemlig for disse innspillene og vil følge dem opp. Foretaket har ikke egen barneavdeling, og syke barn mottas ved alle de tre akuttsykehusene. Barnelegene i Sandnessjøen ambulerer imidlertid til alle øvrige tjenestesteder. Det er etablert et samarbeid med barneavdelingen i Nordlandssykehuset. Det vurderes at kvaliteten i behandling av barn bør sikres bedre og ikke minst at tilbudet er stabilt og forutsigbart over tid. Man kan tenke seg å følge tre hovedstrategier: 1) styrke kunnskapen om behandling av barn hos alt personell som kan bli involvert i slik behandling, 2) styrke det barnemedisinske fagmiljøet i Sandnessjøen for å gjøre det i stand til å øke støtte og veiledning overfor øvrige lokalisasjoner og 3) etablere en barneavdeling i Helgelandssykehuset. I tillegg er det behov for bedre praktisk tilrettelegging for barn og unge som pasienter. Både ungdomsrådet og ildsjeler blant de ansatte har foreslått en maskot i Helgelandssykehuset for å skape en mer barnevennlig atmosfære ved ankomst. Administrerende direktør tok julen 2024 initiativ til å finansiere et slikt prosjekt.

#### Konklusjon:

Helgelandssykehuset vil anmode Helse Nord RHF om formelt å bli tildelt oppgaven å styrke det barnemedisinske tilbudet, slik at tiltaket blir godt forankret og er sikret oppfølging.

#### Etablering av psykiatrisk akutenhet i Mo i Rana

Det store flertallet av høringsinstansene støtter etablering av en lukket psykiatrisk akutenhet på Helgeland og peker særlig på den reduserte belastningen dette vil representere for pasientene. Noen mener at akuttposten bør etableres i Mosjøen framfor i Mo i Rana. De som er betenkt over forslaget om akutenhet, frykter at den vil dra personalressurser og andre ressurser fra poliklinikkene. Økt vaktbelastning teller også negativt. Gode psykiatriske polikliniske tilbud og veiledning framheves som viktig av flere kommuner.

#### Vurdering:

Høringsuttalelsene tilsier ikke at forslaget om en lukket akutenhet i Mo i Rana legges til side. Hensynet til pasienter og pårørende, men også redusert belastning for legevaktene og ambulansetjenesten tillegges stor vekt. Det er et sterkt ønske fra Helse Nord RHF at denne pasientgruppen skal få et bedre tilbud på Helgeland. En tidligere gjennomført ROS-analyse viser tydelig at akutenheten bør etableres i Mo i Rana. Det foreslås ingen endring av dagens virksomhet i Mosjøen. Gitt betydningen av at poliklinisk virksomhet ikke må lide som følge av forslaget, er det viktig å ha stor oppmerksomhet på dette i den videre utredningen av saken. Det må arbeides videre med hvordan tiltaket kan finansieres.

#### Konklusjon:

Forslaget om en lukket psykiatrisk akutenhet i Mo i Rana blir stående.