

Hørings svar fra legegruppen ved  
Helgelandssykehuset Mo i Rana  
– en helsetjeneste for fremtiden



# Innholdsfortegnelse

1. Innledning
  
2. Kommentarer til kapittel 4 i rapporten; Transportutfordringer
  - 2.1 Bilambulansetjeneste
  - 2.2 Båtambulansetjeneste
  - 2.3 Luftambulansetjeneste
  - 2.4 Transporttider i akutte situasjoner
  - 2.5 Teknologi og kompetanse
  - 2.6 Planlagte pasientreiser og besøksreiser
  - 2.7 Arbeidsreiser for ansatte
  
3. Risiko i interimperioden
  - 3.1 Aktivitetstall
  - 3.2 Fagområder med døgnvakt
  - 3.3 Fagområder uten døgnvakt
  - 3.4 Avbøtende tiltak i interimperioden
  
4. Lokalisering og rekruttering
  
5. Spesielt omtalte emner
  - 5.1 Gynekologi og fødetilbud
  - 5.2 Brønnøyregionen og pasientlekkasje
  - 5.3 Utvikling av primærhelsetjenesten
  - 5.4 Kystbefolkningen
  
6. Oppsummering

# 1. Innledning

Dette er høringsuttalelse fra de somatiske legene på Helgelandssykehuset Mo i Rana.

Våre kollegaer fra psykisk helsevern og rus forfatter en egen uttalelse. Psykiatri og rus blir derfor ikke omtalt i denne høringsuttalelsen. Det samme gjelder sykepleiergruppen.

Legene i Mo i Rana mener det er gjort et grundig arbeid med den foreløpige rapporten fra ressursgruppa, og den svarer også på det mandatet som er gitt. Saken er meget kompleks og det foreligger et utall av utredninger og rapporter fra før. Til tross for det klarte den eksterne ressursgruppen på en imponerende måte å redusere kompleksiteten og å komme til en logisk og riktig anbefaling.

Vi har notert oss at den foreløpige rapporten og gruppen fikk, som forventet, massiv kritikk i media. Vi mener at kritikken i det store og hele var uten hold, men vi forstår også at befolkningen stiller oppklarende spørsmål. Styret i Helgelandssykehuset har ytret ønske om å få utdypet en del punkter før man tar endelig stilling til sykehusstruktur. Vi har derfor valgt å adressere disse punktene i vårt høringsssvar, for på den måten å belyse utfordringer og forslag til løsninger utover det som kommer fram i den foreløpige rapporten.

Legene somatikk i Mo i Rana støtter den foreløpige rapporten fullt ut. Vi ønsker å komme med noen anmerkninger og innspill for å underbygge rapporten ytterligere.

## 2. Kommentarer til den foreløpige anbefalingen fra ressursgruppa

### 2.1 Bilambulansetjenesten

Bilambulansetjenesten må dimensjoneres ut fra det fremtidige transportbehovet på Helgeland. Det foreligger nå en ny ambulanseplan<sup>1</sup>, men implementeringen av denne er nå stoppet i påvente av en konsekvensutredning i regi av Helse Nord. Vi forutsetter at Helgelandssykehuset ser med nye øyne på ambulansestructuren når endelig sykehusstruktur er vedtatt.

Vi viser ellers til punkt 2.5 med tanke på den faglige utviklingen i denne tjenesten.

---

1

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Vedlegg%20%20Transport.pdf>

## 2.2 Båtambulansetjenesten

Båtambulansetjenesten er godt utbygd på Helgeland. Som fagmiljøet på Mo og prehospital enhet selv har påpekt er lange transporter med båt lite hensiktsmessig. Det er i tillegg knyttet stor usikkerhet til transporthastighet ved utfordrende værforhold. En sykehuslokalisering som baserer seg på korte båttransporter inn til land, for så videre biltransport er således en mer forutsigbar løsning. Det sørger også for at ambulansebåten ikke reiser langt ut fra sitt operasjonsområde. Rana er således en gunstig lokalisering, da transport til Rana i mindre grad enn f.eks. Sandnessjøen baserer seg på lang båttransport. Nesna, Stokkvågen, Tonnes og Kilboghavn vil være naturlige knutepunkter for øyene ved transport inn til Rana, med unntak av Vega (og Herøy).

## 2.3 Luftambulansetjenesten

### *Helikopter*

Dagens operatør er ledende i verden på instrumentbasert flyging. Det er forventet en høyere regularitet ved base Brønnøysund som følge av dette, og man vil kunne løse flere oppdrag enn tidligere der hvor vær er/var en utfordring. Ingen luftambulanshelikoptre har avisning i dag, så man kan ikke fly i isingsforhold. Hva fremtiden vil tilby av løsninger når det gjelder avisning til helikoptertyper som benyttes på luftambulansen vet man ikke ennå. Helikopteret som tidligere ble benyttet i Brønnøysund (AW139) leveres imidlertid allerede i dag leveres avising<sup>2</sup>, og en mindre modell (AW169) skal etter planen leveres til Rega (Sveitsisk luftambulansetjeneste) i 2021<sup>3</sup>. Mye vil etter all sannsynlighet ha skjedd på dette området frem til sykehusstrukturen på Helgeland er endret.

Ved instrumentflyging må helikopteret fly til et fast definert landingssted. I forbindelse med bygging av nye ambulansestasjoner bør det etableres faste landingsplasser, slik at bilambulans, båtambulans og luftambulans har møtepunkter for eventuelt videre transport av pasientene. Et nettverk av slike møtepunkter vil kunne etableres i hele regionen. Slike faste møte/landingsplasser var noe Statens havarikommisjon anbefalte etter ulykken med ambulanshelikopter på Sollihøgda<sup>4</sup>.

### **Ambulansefly**

Det er per i dag sju ambulansflybaser i Norge, av disse er fem i Nord-Norge og to i Sør-Norge. Flyet er bemannet med en spesialsykepleier med videreutdanningen innen intensiv- eller anestesisykepleie. For de dårligste pasientene, med behov for legefølge, har man i Norge fem baser; Gardermoen/Oslo, Ålesund, Bodø, Tromsø og Kirkenes<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> <http://www.defense-aerospace.com/articles-view/release/3/112541/easa-certifies-aw139-for-full-icing-conditions.html>

<sup>3</sup> <https://www.rega.ch/en/media/press-releases/detail.aspx?id=2799>

<sup>4</sup> <https://www.aibn.no/Luftfart/Avgitte-rapporter/2015-06>

<sup>5</sup> <http://www.luftambulans.no/vare-baser>

Ved akutte pasienter med behov for rask transport til universitetssykehus vil det ved de fleste tilfeller være behov for legebemannet fly. Det er det ikke på basen i Brønnøysund i dag, hvor flyet hovedsakelig brukes til sekundæroppdrag. For å styrke beredskapen på Helgeland ytterligere bør man øke den medisinske kompetansen og bruke flyet hyppigere for primæroppdrag, spesielt i perioder med dårlig vær når helikopteret ikke kan fly. Dette gjøres rutinemessig i Finnmark.

For å styrke beredskapen på Helgeland vil en oppbemanning av ambulansflyet i Brønnøysund med lege (anestesilege) høyne beredskapen for hele Helgeland, spesielt for den sørlige delen av Helgeland. Dette kan gjøres ved å se driften av DMS-et i Brønnøysund i sammenheng med drift av ambulansflyet. Legges det opp til mindre dagkirurgisk aktivitet i regional anestesi ved DMS-et i Brønnøysund vil LIS 3 i anestesi etter noen års erfaring kunne drifte dette. Det kan i tillegg gjennomføres anestesipoliklinikk ved DMS-et, slik at pasientene slipper å reise for denne typen vurderinger. LIS 3 kan samtidig ha vakt på ambulansflyet og gjennomføre legebemannede oppdrag. Bruk av LIS 3 på ambulansflyet gjøres rutinemessig i Bodø. Som tilleggsgevinst vil Helgelandssykehuset kunne tilby LIS 3 i anestesilogi en spesialistutdanning med et tydelig prehospital profil. Dette vil for mange fremstå som attraktivt. En slik ordning er nok ikke realistisk å drifte 24/7 gjennom hele året. Av hensyn til beredskap kan denne typen ordning prioriteres i perioder hvor det erfaringsmessig er utfordrende flyforhold for helikopteret.

*Vi mener:*

- *Ambulansflyet har høy værmessig gjennomføringsevne, og rammes ikke av ising i samme grad som dagens helikopter.*
- *Flyet benyttes i svært liten grad til primæroppdrag i dag. Det er rart, da vi som klinikere ser eksempler på pasienter fra Sør-Helgeland som kunne profittert på denne typen transport flere ganger i uken.*
- *Flyet har relativt lavt antall flytimer sammenliknet med mange andre ambulansfly, og det burde være mulig å ta ut denne kapasiteten til blant annet flere primæroppdrag på Helgeland.*
- *I fremtiden vil PCI tilbudet i Bodø gi kortere flygninger for overflytting av hjertepasientene. Det vil frigjøre kapasitet.*

## **2.4 Transporttider i akutte situasjoner**

Dagens situasjon er som følger:

- Nord-Helgeland: 5 ambulanser, 1 båt og ingen luftambulansbase.
- Sør-/Midt-Helgeland: 11 ambulanser, 2 båter, 1 fly og 1 helikopter

Slik den prehospital beredskapen er organisert i dag, er de tyngste prehospital ressursene lagt sør i regionen. Regionen er allerede rigget for transport av pasienter sør-nord, ikke motsatt.

*Flytider helikopter (inkl. ikke aktiveringstid)*

<b>Bykommune</b>	<b>Flytid direkte</b>	<b>Flytid ved dårlig vær</b>	<b>Mulighet for uttrykning med bil</b>
<b>Brønnøy</b>	<i>0-5 min</i>	<i>0-5 min</i>	<i>ja</i>
<b>Alstahaug</b>	<i>16-17 min</i>	<i>16-17 min</i>	<i>nei</i>
<b>Vefsn</b>	<i>16-17 min</i>	<i>23 min</i>	<i>nei</i>
<b>Rana</b>	<i>34 min (31 minutter)</i>	<i>40 min (58 minutter)</i>	<i>nei</i>

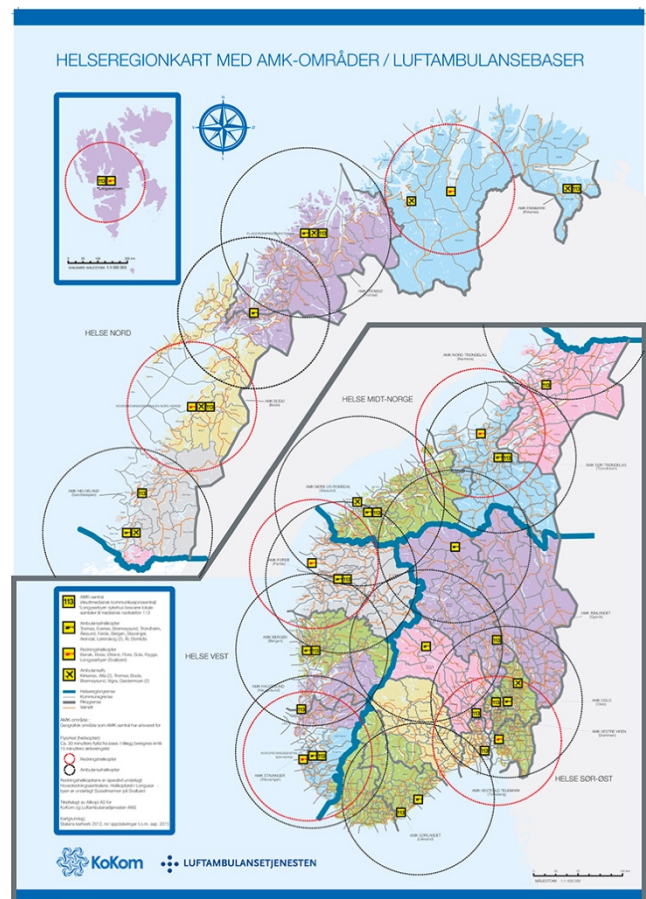
Nasjonalt anbefales det at 90 % av befolkningen skal ha tilgang til legebemannet ambulanshelikopter innen 45 minutter inkl. 15 minutter aktiveringstid<sup>6</sup>. I Rana tilfredsstilles ikke denne anbefalingen med dagens lokalisering av LA, verken fra Brønnøysund eller Bodø. Kartet under viser dekningsområdene for de aktuelle helikopterbasene. Det er verdt å merke seg at sirklene representerer flytid i luftlinje. For kystkommunene er dette et korrekt estimat uavhengig av værforhold, da man uansett vil fly over åpent hav. Dette gjelder ikke i tilfeller der helikopteret må fly inn fjorder, som i Rana. For majoriteten av kritisk syke pasienter vil responstiden til ambulanshelikopteret ankommer og starter behandling være det avgjørende, ikke om flytiden inn til sykehus etter stabilisering av anestesilege er 17 eller 34 minutter.

Ressursgruppen skriver:

*«Pasientene på Helgeland vil få hjelp av ambulans og helikopter i like stor grad uavhengig av lokaliseringen av et stort akutt sykehus.»*

Vi mener denne påstanden må modereres. Slik situasjonen er i dag representerer ambulanshelikopter den mest potente akuttmedisinske ressursen i regionen, med betydelig større stabiliserings- og behandlingsmuligheter enn ordinær bilambulans. Enkelte vil hevde at helikopter er en regional ressurs, som må ansees å være et likeverdig tilbud i hele dekningsområdet. Ser vi på tallene for 2002-2017 fra LABAS er det store forskjeller i oppdragsmengde mellom regionene på Helgeland. Befolkningen i Rana og tilstøtende kommuner utgjør ca 46 % av befolkningen på Helgeland, men stod kun for 13,6 % av oppdragsmengden. Brønnøy, som vertskommune for LA basen, stod som rekvirent kommune i 20 % av oppdragene, men utgjør bare mellom 9-10 % av basens opptaksområde.

Ved en lokalisering av akutt sykehuset i f.eks. Sandnessjøen vil flere pasienter i Rana-regionen ha behov for ambulanshelikopter sammenliknet med i dag – av den enkle grunn at tidsgevinsten sammenliknet med i dag øker og at alle anestesilegeressursene forsvinner fra regionen. Dette vil øke helikopterets oppdragsmengde på Nord-Helgeland. Vi kan ikke forvente en vesentlig nedgang i oppdragsmengden på Sør-Helgeland/øyene, da avstanden fortsatt vil være som i dag, eller noe lenger. Helikopter i Brønnøysund og stort akutt sykehus



<sup>6</sup> ST.MELD. NR. 43 (1999-2000) - OM AKUTT MEDISINSK BEREDSKAP

(SA) i Rana innebærer at enhver helikopterbevegelse til pasienten vil være i retningen av sykehuset (unntak Sømna). Helikopteret vil da være opptatt inntil pasienten er avlevert i Rana. Et sykehus på Midt-Helgeland, vil ved oppdrag i Rana innebære at helikopteret skal fly hele strekningen til Rana, hente/ behandle pasienten, for så å fly tilbake sørover. Totalt sett innebærer det at helikopteret er utilgjengelig for andre oppdrag i lengre tid, med konsekvenser for helikopterberedskapen i områder som er avhengig av ambulanshelikopter uavhengig av sykehuslokalisering.

*Vi mener:*

*I de virkelig akutte situasjoner er vi enige med ressursgruppa i at flest pasienter på Helgeland vil ha best beredskap med at det store akutt sykehuset blir lagt til Mo og at luftambulansetjenesten forblir i Brønnøysund. I tillegg til å dekke flest pasienter innen 60 minutter, vil sykehuset også dekke den delen av befolkningen med lengst responstid for ambulanshelikopter. Dette bør bemerkes i den endelige rapporten. Dette er rasjonelt med tanke på at de største befolkningskonsentrasjonene dekkes med biltransport til den stasjonære ressursen (SA), mens de mer spredt befolkede og de veiløse delene av regionen får kortest responstid med ambulanshelikopter. Helikopter er en mer egnet ressurs for å nå ut med avansert behandling til spredt befolkede områder og øyer, i kombinasjon med ordinær ambulansetjeneste. Responstiden for ambulanshelikopter vil da falle suksessivt med økende avstand til SA for de fleste kommune på Helgeland. Helgelandssykehuset bør være klar på at avising på helikopteret er et kriterium i neste anbudsrunde.*

## **2.5 Teknologi og kompetanse**

Ressursgruppa beskriver i sin rapport potensialet som ligger i å flytte diagnostikk og behandling ut i de prehospitalene tjenestene. Vi støtter oss til det som skrives i rapporten. Vi ønsker likevel å komme med noen utfyllende opplysninger og betraktninger på dette punktet, for å komplettere ressursgruppas rapport. Det er også viktig å realitetsorientere opinionen, da vårt inntrykk er at mange sitter med et feil inntrykk av hvilke behandlingsmuligheter som eksisterer i dag og vil utvikles i løpet av få år.

I debatter knyttet til sykehusstruktur blir ofte akutte blødninger og store traumer dratt frem som hovedargumenter i lokaliseringsdebatten. Det er helt klart en relevant problemstilling, samtidig som dette er en langt mindre pasientgruppe enn de store indremedisinske tilstandene - som folk flest lider og dør av. Som vist i rapporten fra Prehospital enhet ble to pasienter nødlaparotomert på Helgeland i 2017<sup>7</sup>. Antall trafikkskadde og arbeidsulykker er redusert betraktelig de siste årene, og denne utviklingen kommer trolig til å fortsette. Det store volumet av tidskritiske hendelser utgjøres av indremedisinske pasienter.

I henhold til Folkehelseinstitutt sin oversikt over dødsårsaker i Norge (2017-tall) er hjerte- og karsykdommer den andre mest vanlige, mens lungesykdommer er den tredje mest vanlige dødsårsaken<sup>8</sup>. Dette er også hverdagspasientene i de prehospitalene tjenestene. Kreft er

---

7

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/transport%20Helgelandpdf.pdf>

<sup>8</sup> <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/>



dødsårsak nr. 1, men er foruten enkelte komplikasjoner til sykdom og behandling, ikke blålysmedisin på samme måte som de andre to. Infeksjoner er også en viktig faktor. Ulykker og selvmord er en betydelig dødsårsak. I motsetning til hva mange tror er det ikke store traumer som utgjør majoriteten av disse dødsfallene. Eldre som faller i hjemmet og brykker f.eks lårhalsen, og dør som følge av generell svekkelse i etterkant utgjør en stor andel av denne gruppen.

For å vurdere forsvarligheten av en sentralisering av sykehusstrukturen og dimensjonering av det prehospitale tilbudet mener vi riktig tilnærming er å se på:

- Hvilke tilstander rammer pasienten - hva lider folk som kommer til sykehus av?
- Hvilken form for diagnostikk og behandling kan ytes prehospitalt?
- Er det forskjeller i behandling som kan ytes prehospitalt og på lokalsykehus?
- Er det forskjell på de ulike prehospitale ressursenes kapasitet og kompetanse til å yte ulike behandlinger?

Vi går her gjennom de vanligste tilstandene og kommenterer hvordan disse kan behandles prehospitalt:

### *Hjerneslag*

De siste årene har det blitt gjennomført mye forskning på tidlig diagnostikk av hjerneslag. Dette har blant annet blitt gjort gjennom prosjektet hjerneslagsambulansen. Her har de forsket på om anestesileger kan diagnostisere hjerneslag ved hjelp av mobil CT og dermed starte behandling tidlig. Så langt i prosjektet har denne ambulansen vist seg å være vellykket. Nå er prosjektet/forskningen utvidet til å se om man kan finne biomarkører som alene kan indikere om pasienten har hjerneinfarkt eller hjerneblødning. I Stavanger og Bergen har man et lignende prosjekt som også skal testes på oljeplattformer i Nordsjøen. Det er også iverksatt forsøk med portable mikrobølgescannere i ambulanshelikopter. Tanken er å utelukke hjerneblødning ved denne teknologien, slik at trombolyse kan gis prehospitalt.

Disse prosjektene/ forskningen har som utgangspunkt at man tidligst mulig skal diagnostisere pasienter med hjerneslag og starte behandling utenfor sykehus. Man ønsker ikke at man skal bruke lang transporttid for å stille riktig diagnose for deretter starte behandling. Prosjektene er ennå i det stadiet at man samler klinisk data, men i fremtiden har man med stor sannsynlighet verktøy for diagnostisering og medisiner for å kunne starte tidlig behandling for hjerneslag prehospitalt.

I Helse Nord - ved UNN - har man gjennom prosjektet «Trygg akuttmedisin»<sup>9</sup> laget prosedyrer for mistanke om hjerneslag som er rettet mot primærhelsetjenesten og prehospital tjeneste for tidligst mulig å sende pasient til rett sted for diagnostisering og behandling. Ål i Hallingdal: ambulanspersonell bemanner CT. Dette skjer allerede i dag.

## *Hjerteinfarkt*

Hvert år får 13 000 nordmenn hjerteinfarkt. Infarkt er en av de vanligste dødsårsakene i Norge, og mange pasienter som overlever får redusert funksjonsevne grunnet hjertesvikt. Hvis man får infarkt må de tette blodårene åpnes så raskt som mulig for å unngå at hjertemuskelen skal dø. Det er i hovedsak to behandlingsformer: trombolyse eller PCI.

Stiftelsen Norsk luftambulans har nå et prosjekt som heter «infarktambulansen», med hensikt å diagnostisere hjerteinfarkt tidligere for dermed å få infarktpasientene så raskt som mulig til behandling ved sykehus som har PCI. To av tre hjerteinfarkt vises ikke på EKG. De kan bare påvises ved hjelp av klinikk, ultralyd og hjertemarkører i blodet. I infarktambulansen ser man på om ambulanspersonell kan ta ultralydbilder og blodprøver, og stille riktig diagnose med støtte fra hjertelege på sykehuset<sup>10</sup>.

Ved Helse Nord/ UNN har man gjennom prosjektet «trygg akuttmedisin» laget prosedyrer for bedre (med de hjelpemidler man har i dag) kunne diagnostisere samt iverksette riktig behandling hos de pasienter som har hjerteinfarkt<sup>11</sup>.

## *Alvorlige lungelidelser*

Lungesykdommer er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge, og følgelig en hyppig tilstand også i de prehospitale tjenestene. I dag har man mulighet til å kunne behandle noen lungesykdommer med medikamenter samt kunne gi ventilasjonsstøtte, i form av f.eks. CPAP<sup>12</sup>. Ambulansehelikopteret har tilgang til avansert transportrespirator (Hamilton T1), med tilsvarende kapasitet som de fleste intensivrespiratorer. Ambulansehelikopteret kan dermed yte ventilasjonsstøtte på linje med hva man kan tilby på norske sykehus. Mulighet for prehospital blodgassanalyse finnes allerede i dag, og vil i fremtiden gjøre at denne behandlingen kan styres og individualiseres.

## *Alvorlige infeksjoner/sepsis (blodforgiftning)*

Sepsis er en alvorlig tilstand med dødelighet på linje med både hjerne- og hjerteinfarkt. Tidlig diagnostikk, med tidlig start av væskebehandling og empirisk antibiotikabehandling, vil dramatisk kunne forbedre utfallet for disse pasientene<sup>13</sup>. Dette er enkel behandling som kan gis i de prehospitale tjenestene. Det er allerede i dag tilgjengelig portabelt utstyr for blodprøveanalyse (eks. i-STAT m.fl.), som kan bedre diagnostikken ytterligere.

Flere helseforetak har kommet langt i å flytte diagnostikk og behandlingen prehospitalt, også til bilambulansene. Ved UNN har man gjennom prosjektet «trygg akuttmedisin» beskrevet prosedyre for å starte tidlig med antibiotikabehandling ved transporttid over 15 minutter. Ambulansene er utstyrt med en egen pakke for sikring av mikrobiologiske prøver (blodkultur)

---

<sup>10</sup> <https://norskluftambulans.no/denne-spesielle-ambulansen-kan-bli-viktig-ved-hjerteinfarkt>

<sup>11</sup> <https://unn.no/fag-og-forskning/fastlegenytt/trygg-akuttmedisin-felles-retningslinjer-for-helsetjenesten>

<sup>12</sup> Tiltaksbok Helgelandssykehuset

<sup>13</sup> <http://www.survivingsepsis.org/Pages/default.aspx>

(ref UNN). Ambulansehelikopteret vil i tillegg kunne gi mer avansert behandling i form av sirkulasjons- og ventilasjonsstøtte.

#### *Transport til riktig omsorgsnivå*

Logistikk vil alltid være en utfordring når det kommer til pasienter som blir behandlet prehospitalt. Det er ikke alle pasienter som kan behandles ved et lokalsykehus, men må behandles på et universitetssykehus. Det er derfor viktig at man utvikler verktøy for tidlig diagnostikk og legger til rette for en god luftambulansetjeneste, slik at pasientene kan transporteres direkte til riktig omsorgsnivå. Selv med ett sykehus på Helgeland vil en god del av pasientene måtte reise ut av regionen for behandling, både akutt og elektivt. For de akutte pasientene vil lokalsykehuset i en del tilfeller representere et unødvendig ledd, som kun bidrar til tidstap til endelig behandling. Pasientene med god tilgang til LA tjenester vil nok i fremtiden transporteres direkte til riktig omsorgsnivå i større grad enn i dag, grunnet bedre prehospital diagnostikk. Pasientene med kort responstid for LA-ressursene har i så måte en fordel, kontra pasientene som må innom lokalsykehus.

#### *Kompetanse og beslutningsstøtte*

Prehospital medisin er i konstant utvikling. Dette stiller høyere krav til kompetanse for de som skal arbeide i ambulansetjenesten. Økte diagnostiske muligheter vil skjerpe disse kravene ytterligere, samtidig som teknologi gir økt rom for vurderings- og beslutningsstøtte. Sykehuset Innlandet driver nå et prosjekt hvor AMK-legen via et «kroppskamera» som bæres av ambulanspersonellet kan bidra real-time i behandlingen av pasienten fra AMK sentralen. Dette illustrerer noen av de mulighetene som ligger i å ta i bruk ny teknologi.

Et tettere samspill mellom ambulansetjeneste, legevaktstjeneste og sykehuset vil kunne bidra til å avklare flere pasienter lokalt, og dermed unngå unødvendige transporter inn til sykehus, samt transport til riktig omsorgsnivå. Også her vil bruk av nye diagnostiske verktøy og kommunikasjonsteknologi kunne bidra betydelig.

#### *Vi mener:*

*Befolkningen vil kunne tilbys et godt akutttilbud gjennom å ta i bruk nye diagnostiske verktøy og teknologi som forenkler samhandling mellom de ulike tjenestene. Et tettere samarbeid mellom prehospitaltjenester, legevakt og leger ved sykehuset vil kunne bidra til bedre pasientbehandling for pasienter som bor langt fra sykehus. Som en tilleggsgevinst vil man oppnå kompetanseoverføring mellom sykehuset, de prehospitaltjenestene og primærhelsetjenesten. Dette vil kunne innebære mindre reisebelastning for pasientene og betydelige ressursbesparelser gjennom en reduksjon av unødvendige innleggelses. Mye av denne teknologien er allerede tilgjengelig, og organisatoriske- og holdningsendringer blant helsepersonell vil være avgjørende ta ut potensialet som allerede ligger her.*

## **2.6 Planlagte pasientreiser og besøksreiser**

Uavhengig av framtidig sykehusplassering må man forvente at infrastruktur og transportveier må tilpasses for å forkorte reisen for både pasienter og ambulerende leger. Det er bussforbindelse inn til Mo i Rana fra knutepunktene Stokkvågen og Nesna. For den delen av øybefolkningen som reiser via Stokkvågen er reisetidsforskjellen med båt videre til Sandnessjøen kontra buss/bil til Mo i Rana marginal. Det er 1 time med hurtigbåt til Sandnessjøen, mens bilturen til Mo tar like lang tid. Bussen tar 1t 20 min, men stopper til

gjengjeld rett utenfor sykehuset. Det er forøvrig flere fergeavganger enn hurtigbåtaganger, slik at det er flere avreisetidspunkter å velge mellom med kombinasjonen ferge/hurtigbåt til Stokkvågen og buss/bil til Mo i Rana enn kun hurtigbåt til Sandnessjøen.

For befolkningen på Dønna/Herøy vil bruk av hurtigbåtrutene Regionpendelen og NEX I gi direkte forbindelse fra Bjørn til Nesna, forutsatt at man åpner for anløp ved Bjørn på alle avgangene. Det er også mulig å reise til Sandnessjøen/Søvik og videre med Helseekspress til Mo i Rana. Det er altså fullt mulig å gjennomføre behandling i løpet av en dag.

Befolkningen på Sør-Helgeland vil få lengst vei. Det vil dels kunne kompenseres med økt aktivitet ved DMS-et. Fra vår side vil Brønnøysund være høyt prioritert. Det er miljøet i Sandnessjøen som i dag har ansvaret for å betjene Brønnøysund, og Rana har kun ansvaret for ortopedi.

Den polikliniske aktiviteten vil økes, både gjennom økt ambulering og videokonsultasjoner. Ortopedene i Rana har allerede begynt med begge deler, og vil trappe opp denne aktiviteten. Det er også potensiale for å ta i bruk andre yrkesgrupper, altså jobbglidning. F.eks. vil en fysioterapeut kunne utføre funksjonsundersøkelser lokalt, mens ortopedien er med på via videooverføring og vurderer pasienten. Dette prosjektet jobbes det allerede med. Flere pasientgrupper vil etter hvert også kunne tilbys legekonsultasjoner i samarbeid med andre faggrupper. Aktuelle pasienter vil da være kronikere som følges over tid, og hvor man kan kombinerer fysisk oppfølging med konsultasjoner via f.eks skype. Man ser også for seg at en del elektive dagkirurgiske inngrep i lokalanestesi kan utføres i bolker 1-2 gang i måneden, med tilreisende operatør og anestesipersonell. Ser man til f.eks Alta gjøres det allerede i dag fjerndiagnostikk med ultralyd. Det samme vil kunne gjøres i Brønnøysund.

Hvis det lykkes å komme i dialog med operatørene og staten rundt endring av flyruter med mellomlanding på Mo på vei til Bodø, om så enkelte dager i uken, vil man kunne samle opp behandling av pasienter fra Sør-Helgeland på disse dagene. Helgelandssykehuset kan da kjøpe kapasitet på disse flygningene frem i tid og således gi operatøren et forutsigbart passasjergrunnlag på disse flygningene. Transport med Helseekspressen vil ellers være et alternativ.

Sykehuset i Rana vil med gjenbruk av bygningsmasse kunne stille rom til disposisjon for pasienter som trenger overnatting, uten at dette fører til store investeringer i bygg. Byen har også et stabilt hotelltilbud, med forutsigbar driftssituasjon. Blant pasienter som skal være innlagt for f.eks. for planlagt behandling, men ellers kan være på permisjon, vil nok de fleste oppleve det som bedre å være lokalisert i en by enn på et isolert sykehus utenfor byene.

## **2.7 Arbeidsreiser for ansatte**

Ressursgruppa har gitt en grundig gjennomgang av hva som er normal lengde på arbeidsreiser i Norge. Nordland skiller seg ikke vesentlig fra nasjonale tall, annet enn at reisene tenderer til å være litt kortere her. Det er altså ingen holdepunkter for at befolkningen i Nordland er mer villig til å bruke lang tid på jobbreiser enn andre, tvert i mot. Det ser altså ut som at viljen til å pendle er mindre i distriktene enn i randsonen rundt storbyene. Denne observasjonen er ikke spesielt overraskende. I storbyområdene velger nok mange å bosette seg i randsonen av byene grunnet høye boligpriser. De velger å ta tidskostnaden med pendling for å kunne nyte godt av storbyenes tilbud i form av et stort og variert arbeidsmarked, bredt kultur- og aktivitetstilbud og nærhet til private og offentlige

servicefunksjoner. I distriktene velger man bort en del av dette til fordel for lavere boligpriser, enklere og kortere transport.

Som ressursgruppa har vist førte ikke etableringen av verken Korgfjelltunnelen eller Toventunnelen til nevneverdige økninger i pendlingen mellom *byene*. Arbeidsmarkedsintegrasjonen er fortsatt lav. Ser vi på den pendlingen som eksisterer i dag er den tallmessig størst fra Vefsn til Rana, men også den er svært liten. Rana og Vefsn har svakt overlappende arbeidsmarkeder i Hemnes, med pendlere fra Korgen. Det er ingen tallmessige holdepunkter for å hevde at Alstahaug og Vefsn er mer integrert enn Rana og Vefsn, tvert i mot. Rana/Hemnes og Alstahaug/Leirfjord må kunne ansees som delvis integrerte arbeidsmarkeder.

Om sykehusansatte skiller seg vesentlig ut fra resten av befolkningen er det vanskelig å si noe om. Det finnes få data på dette området. Vi vet imidlertid at kvinneandelen er langt høyere i sykehusene enn mange andre bransjer. Kvinner har jevnt over kortere arbeidsreiser enn menn<sup>14</sup>. Det er altså lite belegg for å hevde at pendlerviljen blant sykehusansatte er høyere enn i normalbefolkningen.

Den eneste relevante litteraturen vi kunne finne er en masteroppgave fra MBA programmet ved Nord universitet 2016, av Mathisen og Engebakk. De har tatt sikte på å belyse 2025 prosessen fra et ansatteperspektiv, og kan gi oss noen innblikk. Oppgaven består av kun 10 intervjuobjekter fordelt mellom enhetene og benytter en kvalitativ tilnærming med dybdeintervju av de ansatte. Denne er foretatt før det utkrystalliserte seg noen klare lokaliseringsalternativer. Vi kan i oppgaven lese følgende:

*Det var mest bekymringer knyttet til at arbeidsplassen i fremtiden kunne bli flyttet til et annet sted. Informantene var tydelige på at reisevei var den store utfordringen ved å bli værende i jobben etter en samlokalisering. Hvis det nye sykehuset endte et sted som innebar mer pendling, ville samtlige, bortsett fra informant 2, vurdere å si opp sin stilling. Informant 2 ville da ha flyttet til dit sykehuset endte opp. Informant 4 sa at han var villig til å prøve ut pendling først for å se om det var overkommelig, men alle andre ville sluttet.*

En lokalisering som gir mange potensielle arbeidstakere med arbeidsreiser på 30-60 minutter er å påføre arbeidstakerne en betydelig tidskostnad. TØI rapport 459/1999<sup>15</sup> anbefalte en tidsverdi på 167 kr/t for arbeidsreiser med bil i 1998. I 2018 kr tilsvarer dette ca 253 kr/t. For ansatte vil økt reisetid utover dagens oppleves som økt arbeidstid, og det er ikke urimelig å tenke seg at man verdsetter denne tiden minst like høyt som prisen man er villig til å selge sin arbeidstid for (lønna), om ikke noe høyere - da dette er tid utover normalarbeidstid (overtid). 253 kr/t må da ansees som svært nøkternt estimat. En tenkt arbeidstaker fra Mo i

---

<sup>14</sup>

<https://www.vegvesen.no/fag/fokusomrader/Miljoventlig+transport/Reisevaner/reisevaneundersokelsen/arbeidsreiser/reiselengde>

<sup>15</sup> <https://www.toi.no/getfile.php/133364/Publikasjoner/TØI%20rapporter/1999/459-1999/sam-459-99.pdf>

Rana, som skal pendle til f.eks Ømmervatnet, vil bruke ca 60 minutter hver vei. Et normalarbeidsår er 230 arbeidsdager.

Tidskostnad ved pendling per arbeidstaker: reisetid x antall arbeidsdag x alternativkostnad  
reisetid = 2 x 230 x 253 = 116 380 kr årlig

Sandnessjøen – Ømmervatnet, vil bruke ca 40 minutter hver vei.

Tidskostnad ved pendling per arbeidstaker: reisetid x antall arbeidsdag x alternativkostnad  
reisetid = 1,33 x 230 x 253 = 77 392 kr årlig

Skulle 300 av de ansatte i hhv Rana og Sandnessjøen pendle vil den totale tidskostnaden kunne se slik ut:

$(116380 \times 300) + (77392 \times 300) = \underline{58\,131\,000 \text{ kr årlig}}$

Verdien man tillegger en time vil variere ut fra lønnsnivå, arbeidsbelastning etc. Leger som takker nei til vakante vakter for å prioritere mer fritid verdsetter en time opp mot 4 ganger tallet TØI legger til grunn. Det er vanskelig å oppdrive nyttekurven for alle ansatte. *Tallene illustrerer likevel de formidable kostnadene som oppstår ved en slik løsning.* Det er også viktig å merke seg at kostnader til bompenger, drivstoff, vedlikehold kjøretøy etc. kommer i tillegg til tidskostnadene.

En lokalisering mellom byene vil innebære lengre pendlevei for mange ansatte. Å lokalisere et sykehus utenfor noen av byene *må* da bygge på følgende antakelser:

- At de ansatte ved Helgelandssykehuset er mer villig til å bruke tid på arbeidsreiser enn normalbefolkningen.

- At denne viljen vil holde seg over tid, og at evt. tilflyttere eller de som skal rekrutteres tilbake har den samme viljen til pendling.

- At de ansatte ved Helgelandssykehuset er villig til å ta på seg betydelige merkostnader gjennom økte tidskostnaden og faktiske reisekostnader (bompenger, drivstoff, vedlikehold) uten kompensasjon fra arbeidsgiver.

Arbeidsmarkedet for legespesialister, spesialsykepleiere og andre faggrupper innen helse er godt i Helse Nord. Det er jevnt over større konkurranse om arbeidstakere enn arbeidsplassene. Den demografiske utviklingen i regionene vil forsterke dette. Å lokalisere sykehuset utenfor byene har en merkostnad for de ansatte. Vi anser det som lite trolig at de ansatte vil bære denne kostnaden uten kompensasjon. Alternativet er at sykehuset har vilje og økonomiske bærekraft til å kompensere de ansatte for den kostnaden de påføres. Dette vil i så fall dreie seg om merutgifter på flere titalls millioner per år.

*Vi mener: SA akuttsykehus må lokaliseres i en av byene på Helgeland. Tidskostnaden som påføres de ansatte er høyst reell, uavhengig av hvor motivert man måtte være for å pendle. Om Helgelandssykehuset velger en løsning utenfor dagens bysentra må man forvente å kompensere de ansatte for den tidskostnaden de påføres. Dette må i så fall veies opp mot*

foretakets totale økonomiske bærekraft og investeringsbehov. Sykepleiere, leger og annet personell som skal rekrutteres vil typisk være i etableringsfasen, og mange vil ha små barn. Pendlerviljen er etter all sannsynlighet enda lavere i denne gruppen enn befolkningen ellers.

### 3. Risiko i interimperioden

Som leger på et lite sykehus er vi veldig opptatt av rekruttering og fagmiljø. Vi har erfart at det tar mange år å bygge opp et fagmiljø og er klar over at det går veldig fort å miste det. Derfor er vi veldig glad at den eksterne ressursgruppen legger stor vekt på interimperioden.

Så snart en avgjørelse er tatt må man forvente at fagmiljøene ved enhetene som nedbygges forvitrer. Den gjenværende enhet vil få en formidabel utfordring i å behandle pasientene på Helgeland, spesielt med tanke på akutte sykdommer og skader.

Ressursgruppa mener en en-sykehusmodell vil tjene befolkningen best på sikt. En slik løsning vil i sin natur innebære en større risiko i interimperioden enn valg av en to-sykehusmodell.

#### 3.1 Aktivitetstall

Helgelandssykehuset har i dag funksjonsfordelt en rekke fagområder. Risikoen for å miste fagområder avhenger av hvilke sykehus som besluttes nedbygd og hvilken type aktivitet som drives på de aktuelle enhetene. Det bør være ukontroversielt å hevde at fagområder som utgjør en del av akutttilbudet for pasientene på Helgeland utgjør en større risiko enn rene elektive fag. Det er også rimelig å anta at virksomheten innen en del elektivt fag kan ivaretas på et DMS i kortere perioder eller på permanent basis gjennom poliklinikk og evt. dagkirurgi. En kombinasjon av poliklinikk ved DMS-ene og elektiv kirurgisk virksomhet ved det store akutt sykehuset er også mulig. Akuttkirurgi kan derimot kun drives ved SA.

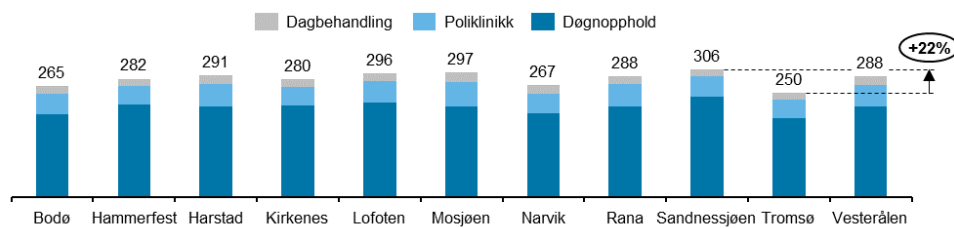
Den kirurgiske virksomheten i Mo i Rana har en langt tydeligere akuttkirurgisk profil enn ved de andre enhetene. Dette viser tallene for antall inngrep og antall timer operert utenfor vanlig arbeidstid (kveld, natt, helg, helligdag):

År ▲	2017		2018	
	Operasjon utenom hverdag (8-16)	Stuetid (gjennomført)	Operasjon utenom hverdag (8-16)	Stuetid (gjennomført)
Annet	55	65,8	69	76,5
Mo i Rana	634	987,8	688	1 236,4
Mosjøen	21	18,2	17	35,1
Sandnessjøen	142	238,3	174	274,0

Tabellen er hentet fra virksomhetsportalen og viser at Mo i Rana på den kirurgiske siden er i stand til å ivareta akuttberedskapen på Helgeland med noen omprioriteringer. Sandnessjøen

har ikke kapasitet eller fagmiljøet for å kompensere for tapet av det samlede kirurgiske fagmiljøet i Mo i Rana. Virksomheten i Mosjøen, som er en ren elektiv dagkirurgisk virksomhet, har i denne sammenheng liten betydning. Ingen av de andre enhetene har et komplett fagmiljø innen kirurgi, ortopedi og gynekologi/obstetikk, da begge mangler fagmiljø innen ortopedi.

Det har vært mye diskusjoner i media om størrelse av sykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen. Man vet også at Helgeland har et overforbruk av sykehustjenester spesielt i Mosjøen og Sandnessjøen. Rana ligger også noe for høyt. Dette viser tabellen under, hentet fra regionale utviklingsplan 2035 Helse Nord.



Til tross for dette viser tabellen under (aktivitetstall fra DIPS) at antall liggedøgn er betydelig høyere i Mo i Rana enn i Sandnessjøen. Mo hadde 17267 liggedager totalt i 2018, mens Sandnessjøen hadde 11968 liggedager totalt i samme periode.

Aktivitetsrapport belegg Helgelandssykehuset 2017	2018
Kirurgisk avdeling mo i rana	7528 7672
Kirurgisk post ssj	4702 5055
Medisinsk avd Mo	9137 9595
Medisinsk avdeling Ssj	6626 6913
Medisinsk avdeling Vefsn	3713 3910
Dager totalt	31706 33145



---

Telling av pasientkontakter har også vært presentert i diverse uttalelser. Det er verdt å merke seg at polikliniske konsultasjoner og dagkirurgisk aktivitet som utføres av ortopedisk avdeling telles ved enheten det utføres, mens f.eks. alle polikliniske konsultasjoner innen ØNH telles i Sandnessjøen - selv de over 3000 konsultasjonene audiografene i Mo i Rana utfører.

### **3.2 Fagområder med døgnvakt**

I dag har Helgelandssykehuset et tilbud innen følgende fagområder: Rødt: akutt, gul: planlagt døgnvakt på sikt, grønn: elektiv virksomhet

#### Fag med døgnvakt

- Ortopedi
- Kirurgi (generell/gastro)
- Anestesiologi
- Gyn/føde
- Indremedisin
- Radiologi (delt ordning med NLSH)
- Psykiatri (HSYK planlegger etablering av døgnvakt ved akuttpost)

#### *Ortopedi*

Mo i Rana har som eneste enhet en ortopedisk seksjon med 7 overleger og per 01.04.19 6 (inkl. 1 Phd kandidat) leger i spesialisering. Fagmiljøet er blant de større og mer stabile i Nord-Norge og det største kirurgiske fagmiljøet på Helgeland. Det ortopediske miljøet har drevet systematisk rekrutteringsarbeid i mange år. Det har vært satset på å få utdannet spesialister fra egne rekker. De fleste overlegene er utdannet lokalt med en periode på universitetssykehus. Seksjonen har i dag 3 LIS med utdanningsavtale som er på universitetssykehus for å fullføre sin spesialisering. Seksjonen har valgt å leie inn vikarer i perioder, fremfor å ansette nye spesialister. Dette for å ha ledige stillinger til eget utdannede spesialister kommer hjem. Rekrutteringen er svært god for øyeblikket.

Det ortopediske miljøet har stor operativ virksomhet, og har i 2017 og 2018 vært det sykehuset som har satt inn flest hofteproteser i Helse Nord. Seksjonen har en stor operativ bredde, inkludert ryggkirurgi, og de fleste akutte skader behandles lokalt.

Ortopedene har i mange år drevet med ambulering. To ortopeder ambulerer ukentlig til Mosjøen, hvor den ene har poliklinikk og den andre opererer dagkirurgiske pasienter. I tillegg har vi hatt ambulering til Sandnessjøen i 2018. Det er også igangsatt ambulering og skype-konsultasjoner til Brønnøysund.

Allerede i dag betjener dette fagmiljøet hele Helgeland med både elektiv og akuttkirurgisk virksomhet. Alle ortopedier og de fleste LIS 3 leger i ortopedi som minimum kurs i nødkirurgi og flere har eller er i ferd med å ta kurs i Advanced Trauma Life support (ATLS), da dette er et krav i spesialistutdanningen i ortopedi. Ortopedisk kompetanse er sentralt i mottak og behandling av traumepasienter. Ortoped inngår som del av traumeteamet ved alle større norske sykehus, da en stor andel av disse pasientene har ortopediske problemstillinger. I følge nasjonalt traumeregister (2017) hadde 62 % av traumepasientene ortopediske skader.

Ortopedisk seksjon er det beste eksemplet på en meget vellykket sentralisering av et fagfelt til Mo i Rana. Blant de funksjonsfordelte fagområdene på Helgeland er ortopedien i en særstilling med tanke på rekruttering og bygging av fagmiljø. Tap av dette fagmiljøet ville medføre en stor ulempe for hele befolkningen på Helgeland.

### *Generell/ gastrokirurgi*

Det generell/gastrokirurgiske miljøet i Mo i Rana består av fem generelle kirurger på høyt kirurgisk nivå spesielt innenfor laparoskopisk kirurgi og fra og med april 2019 av fire leger i spesialisering. Avdelingen er ferdig med å ansette en sjettestesialist, og er i dialog med 2 kandidater. Det er inngått en utdanningsavtale med en kandidat i gastrokirurgi som for tiden er i gruppe 1 tjeneste i Trondheim. Han vil være ferdig generellkirurg våren 2019, og gastrokirurg i løpet av 2020. Vi har også en lokal LIS som reiser i gruppe 1-tjeneste i løpet av sommeren 2019.

For det kirurgiske miljøet er det avgjørende å samle all kirurgi til ett stort sykehus. Dette for å samle kompetanse, utdanningsmuligheter, rekruttering og investeringer. Mindre dagkirurgiske inngrep og poliklinikk kan gjøres på enkelte DMS gjennom ambulering av personell fra sykehuset.

Mo har satset sterkt på håndteringen av coloncancer med laparoskopisk operasjonsteknikk. Mo i Rana scorer veldig bra i NoRGast register og er i det øverste toppsjiktet i Norge når det gjelder andel laparoskopiske inngrep. Mo har over flere år hatt tett samarbeid med Tromsø og Bodø i forhold til cancerpasienter, gjennom tverrfaglige MDT- og telestudiomøter. Dette samarbeidet er videreutviklet hvor vi nå er i prosessen med å etablere telementoring med Helse Nord og det kirurgiske miljøet i Tromsø.

Avdelingen i Mo i Rana utførte i 2017 50 tarmreseksjoner, tilsvarende tall for Sandnessjøen var 19 og Mosjøen 0. Litt over halvparten av inngrepene var cancerkirurgi. Mo i Rana har over lang tid hatt større volum av denne typen pasienter enn de andre enhetene. Dette har betydning for avdelingens kompetanse og bredden i de kirurgiske ferdighetene.

Tap av denne kompetansen vil ha store konsekvenser for det kirurgiske fagmiljøet på Helgeland og ikke minst pasientene. Personal og kompetansemessig er kirurgisk seksjon på Mo i stand til å ivareta alle akutte pasienter på Helgeland per dags dato, hvis det skulle være nødvendig.

### *Anestesi*

Per i dag er det tre fast ansatte overleger i anestesi på Mo (den ene nylig tilbake fra gruppe 1 tjeneste), den andre stillingene har vært betjent av faste vikarer de siste årene i påvente av

flere lokale leger under spesialisering skal bli ferdig. Avdelingen har tre LIS 3 under utdanning, alle med lokal tilhørighet. Den mest erfarne vil etter all sannsynlighet konstitueres mot slutten av 2019/starten av 2020. Disse vil tentativt være ferdig spesialist i løpet av perioden 2021- 2023. I løpet av 2024 regner vi med å ha minimum seks overleger i anesthesi, hvorav fire med lokal tilhørighet, kun basert på det vi selv utdanner. Avdelingen har også vært i kontakt med flere lokale leger som i dag jobber ved andre sykehus, og som ved etablering av SA i Rana kan tenke seg å komme tilbake. Vi anser det som svært realistisk å bygge opp avdelingen til minst åtte-ni overleger frem mot 2025. Dette forutsetter naturlig nok at sykehuset legges til Rana. Antallet LIS 3 vil kunne økes suksessivt frem mot 2025, og som nevnt har det vært uproblematisk å rekruttere gode (lokale) søkere til disse stillingene. Avdelingen vil naturligvis kunne rekruttere eksterne søkere på toppen av dette.

Et stort akuttisykehus på Helgeland krever høy dekning av anestesileger. Ideelt sett burde også Helgelandssykehuset selv kunne bemanne luftambulansetjenesten i foretaket. Som tidligere nevnt vil en LIS-rotasjon med erfaren LIS 3 i fremtiden kunne bemanne ambulanseflyet og DMS-et i Brønnøysund i perioder, og gi utdanningen et større innslag av prehospitalt arbeid enn i dag. Vaktordninger med mulighet for å jobbe prehospitalt kan også virke som et viktig rekrutterende tiltak i faget. Å samle faget på ett sykehus vil styrke fagmiljøet. En større intensiv og en bredere kirurgisk virksomhet vil gi høyere kvalitet på pasientbehandling, økt læringsutbytte for leger under utdanning og muligheter for å forlenge utdanningstiden på Helgeland.

Anestesiavdelingen i Rana har rekruttert svært godt blant lokale utdanningskandidater de siste årene. Avdelingen er i ferd med å bygge seg opp, og vil i løpet av de kommende årene fremstå som en større og mer solid fagavdeling. Avdelingen er i en særstilling med tanke på utdanning av LIS leger i regionen, og vil i løpet av de kommende årene ha produsert 5-6 spesialister. Ingen av de andre avdelingene på Helgeland er i nærheten av dette.

### *Gynekologi og obstetrikk*

Vennligst se eget avsnitt om gynekologi og fødetilbud under punkt 5.1.

### *Indremedisin*

Tap av to av tre indremedisinske fagmiljø er en betydelig større utfordring. Selv om Mo i Rana har den desidert største aktiviteten er ingen medisinsk fagmiljø stor nok til å overta akuttberedskap for hele Helgeland i løpet av kort tid.

Hvor enkel eller utfordrende en overgang til en enkelt stor indremedisinsk avdeling vil være, beror på to faktorer.

- Hvor mange senger blir det totalt for indremedisinske pasienter, fordelt på akuttisykehus og DMS ?
- Hvor mange av legene er villige til å flytte (hvis lokalisert til by), eller pendle (ved lokalisering mellom byene) ?

Spesialiseringen for indremedisin har vært slik at mange måtte reise i lang tid utenfor Helgeland for å kunne fullføre spesialiseringen. De fleste ønsker en grenspesialisering, og en har da måttet flytte for minimum 3,5 år. Den nye spesialiststrukturen har som intensjon å utdanne leger raskere, ved å korte ned på delen av den generelle indremedisinske

utdanningen. Det har konsekvenser for fremtiden for Helgelandssykehuset. Eksempelvis vil en lungelege i fremtiden ikke være generell indremedisiner med spisskompetanse på lunge, men ren lunge-lege. En kan nå utdanne seg til generell indremedisiner, men vil da i praksis melde seg ut av arbeidsmarked innenfor universitetssykehus i fremtiden. Alternativt vil de som velger gren ha kortere tid med generell indremedisin. Leger som har tatt hele utdanningsløpet på et større sykehus, vil nok være mindre interessert i å jobbe på et mindre sykehus, hvor en vil ha en større bredde på vakt enn det en har utdannet seg til. Vi kommer i fremtiden til å bli enda mer avhengig av å dyrke frem våre egne spesialister. Et stort akuttsykehus vil kunne ha de fleste, om ikke alle de medisinske underspesialitetene.

Det er for tiden 2 leger som er ute i spesialisering, som har kontrakt på å komme tilbake. Vi har lyktes i å rekruttere flere LIS med lokal tilhørighet, med mål om at de skal jobbe i fremtidens helgelandssykehus.

Indremedisin er som mange andre fag økende avhengig av teknologi og spissere kompetanse. Dette er nok ikke udelt positivt for de mindre sykehusene med mindre fagmiljøer, og styrker ideen om et stort akuttsykehus.

Alle tre enhetene har medisinsk-teknisk utstyr som gjør at en i fremtiden kan drive mye poliklinisk virksomhet i byggene til dagens sykehus, som ultralyd av hjerte, mage/tarm skopier og lungefunksjons-tester.

Hvordan DMS-ene vil være er ikke endelig avklart. Dette beror nok en del på at den endelige sykehusstrukturen ikke er vedtatt, og at det ikke finnes nasjonale føringer for hva et DMS skal inneholde. Det er flere som modeller for drift av DMS, og innholdet dimensjoners ut fra behov. Erfaringer fra andre steder er at opphold på DMS oppleves trygt av befolkning og helsepersonell. En del akutte innleggelser uten behov for døgnskuttet legetilsyn vil kunne ivaretas ved DMS. De fleste indremedisinske pasienter ligger tross alt på en vanlig sengepost, og ikke på overvåkningsavdeling. Pasienter som trenger en slik oppfølging må til sykehus, men kan overføres tilbake til DMS når de er avklart. Vi ser for oss en mer sømløs overgang fra spesialisthelsetjeneste til kommunal omsorg, da DMS-et kan utgjøre en felles arena for spesialisthelsetjenesten og kommunene. Per i dag flytter pasientene fysisk ved bytte av omsorgsnivå, noe de vil kunne slippe ved et DMS.

### *Radiologi*

Radiologisk avdelingen i Mo i Rana består i dag av 3 faste overleger (der 2 av disse er konstituerte overleger med kort tid for ferdig spesialisering). I tillegg er det ansatt 1 lege i spesialisering. Aktiviteten ved avdelingen er slik at man i tillegg til de faste ansatte har behov for en innleid vikar hver uke, heriblant også fast vikar med lokal tilknytning.

Den radiologiske avdelingen i Mo i Rana har over tid jobbet aktivt med rekruttering da radiologi er et fagfelt der dette har vært en stor utfordring, ikke bare på Helgeland, men også ellers i helseregionen.

Man har jobbet for å bygge opp et robust, stabilt fagmiljø og har derfor satset på leger med lokal tilhørighet som blir værende i regionen. Dette har man lyktes godt med.

Avdelingen gjør det meste innen generell radiologi og man må ha en stor faglig bredde på undersøkelsestyper man behersker og kan vurdere. Det er riktignok et økende krav til mer spesialiserte undersøkelser og en svært rask utvikling innen fagfeltet med tanke på ny

teknologi. Dette medfører at det etterhvert blir behov for mer subspesialisering innen radiologien for å kunne opprettholde et faglig godt nivå. Det er derfor ønskelig med et større fagmiljø for at det skal være mulig å fordele noen radiologiske fagområder innad mellom radiologene.

Per i dag blir akutte CT-undersøkelser på Helgeland tatt på ettermiddag/kveld, vurdert og gransket av radiologer ved Nordlandssykehuset. Dette vaksamarbeidet har fungert bra, men på sikt ønsker man å bygge opp et radiologisk fagmiljø stort nok til at Helgeland kan dekke hele dette vaktsjiktet selv.

Det er gode muligheter for teleradiologi og for mange undersøkelser er det ikke noen begrensning i å granske undersøkelser utført andre steder. Vi tenker derfor at et større radiologisk fagmiljø samlet ved et større sykehus vil styrke hele regionen. Dette gir økt samlet faglig kompetanse og man kan teleradiologisk beskrive de fleste undersøkelser som taes ved DMS andre steder på Helgeland.

Den radiologiske avdelingen i Mo i Rana har jobbet godt med rekruttering som har sikret flere unge leger med lokal tilhørighet. Tap av dette fagmiljøet innen en allerede sårbar spesialitet med tanke på rekruttering vil være svært uheldig. Det vil styrke hele regionen med et stort samlet radiologisk fagmiljø i Mo i Rana. Større fagmiljø gir økt faglig kompetanse som kommer hele regionen til gode da en stor andel av undersøkelser tatt på DMSene kan beskrives teleradiologisk.

*Vi mener:*

*Risikoen for pasienten på Helgeland ved tap av fagmiljø er desidert størst for fagene som i dag tilbyr akutte tjenester. Disse fagområdene behandler de sykeste og mest sårbare pasientgruppene. Mange krever lengre sykehusopphold etter at kirurgisk behandling er utført. I motsetning til en del fagområder som driver virksomhet med en mer elektiv profil kan ikke foretaket kjøpe behandling for disse i det private. Det er også urealistisk at tilgrensende helseforetak har kapasitet til å ta over behandlingen av disse pasientene i en overgangsperiode.*

### **3.3 Fagområder uten døgnvakt**

Det er per i dag et rent elektivt tilbud innen flere fagområder. Virksomheten er fordelt på enheten i Mosjøen og Sandnessjøen. Foruten ØNH har disse fagområdene vært preget av svak rekruttering, små fagmiljøer og varierende spesialistdekning, med stor utskiftning av spesialister. I perioder har man vært uten legespesialist innen enkelte fagområder. Vi mener en sentralisering vil kunne bidra til å styrke rekruttering til disse miljøene.

*Urologi*

Det urologiske tilbudet i regionen dekkes per i dag av en spesialist og med innleie av vikarer. Helgeland er i perioder også helt uten urolog.

Ved en sammenslåing vil det være naturlig at den urologiske virksomheten innlemmes i en større kirurgisk avdeling, sammen med generell-/gastrokirurgi- med forventet positiv effekt på rekrutteringen.

### *Plastikkirurgi*

Dekkes i dag av én spesialist. Plastikkirurgi vil uansett struktur være et lite fagområde, og det vil være naturlig at dette innlemmes i ortopedisk avdeling, slik det er organisert ved mange norske sykehus. Spesialistene vil således oppleve å være en del av større, mer etablerte fagmiljøer

Rana er alene om å ha etablerte og stabile fagmiljøer innen både generell/gastrokirurgi og ortopedi. Det må kunne forventes at Rana således har et fortrinn i rekruttering av denne typen spesialister.

### *Øre-nese-hals (ØNH)*

ØNH har et etablert fagmiljø i Sandnessjøen med fire spesialister og en utdanningskandidat. De har en relativt stor virksomhet innen poliklinikk og dagkirurgi. Det er ingen akutt døgnerberedskap innen ØNH. Bodø har vaktberedskap for hele Nordland. En nedleggelse av Sandnessjøen sykehus vil innebære en risiko for tap av dette fagmiljøet. Det vil kunne ha konsekvenser for dette tilbudet på Helgeland. Det er imidlertid ingen prinsipielle hinder for fortsatt drift av elektiv dagkirurgi ved et DMS i Sandnessjøen en periode, med gradvis overflytting av f.eks operasjonvirksomheten.

### *Øyesykdommer*

Avdelingen er i dag lokalisert i Mosjøen. Det drives poliklinikk og enkelte kirurgiske inngrep i Mosjøen. Det har generelt vært svært utfordrende å få tak i spesialister - trolig grunnet mer attraktive arbeidsvilkår i det private. Det er ellers på Helgeland private øyeleger både i Mo i Rana og Mosjøen.

### *Revmatologi*

Revmatologi er funksjonsfordelt til Mo i Rana. Det er per i dag ansatt en revmatolog i foretaket.

### *Pediatri*

Pediatri er i dag funksjonsfordelt til Sandnessjøen. Det er ansatt 3 leger innen fagområdet. Avdelingen driver kun med elektiv virksomhet, og har ingen vaktordning eller barneavdeling. Bodø er nærmeste barneavdeling med akuttfunksjon, og betjener Helgeland.

### *Nevrologi*

Nevrologi er funksjonsfordelt til Mosjøen. Det er i dag ansatt 3 leger i foretaket. Det har også vært benyttet en del innleie fra Trondheim. Avdelingen driver kun med elektiv virksomhet (poliklinikk), og har ingen vaktordning. Nærmeste nevrologiske avdeling med sengepost er Bodø, som dekker akuttfunksjonen for Helgeland.

### *Hudsykdommer*

Det er funksjonsfordelt til Mosjøen. Avdelingen driver en ren poliklinisk virksomhet. Det er ellers privat hudlege i Mo i Rana.

*Vi mener: som vi har poengtert utgjør tap av fagpersonen innen fag med akuttfunksjoner større risiko enn fagområder med ren elektiv aktivitet. Vi mener man gjennom en tilpasset utforming av DMS-ene kan ivare mye av kompetansen på Helgeland gjennom poliklinikk ved DMS-ene og muligens elektiv dagkirurgi ved utvalgte DMS. Flere av de mindre fagområdene vil være naturlig å innlemme i større fagmiljøer, som ortopedi, generellkirurgi og indremedisin.*

### **3.4 Avbøtende tiltak i interimperioden:**

#### *Stillinger ved DMS-ene*

Delte stillinger mellom DMS og SA: foretaket må jobbe for å beholde mest mulig av fagkompetansen på Helgeland gjennom interimperioden. Dette er avgjørende for å beholde en helsetjeneste av god kvalitet for befolkningen på Helgeland i en periode med store omveltninger. Rekruttering av spesialister som skal jobbe ved et DMS har vært problematisert, og er en problemstilling vi anser som høyst relevant. Det er lite tallmateriale å støtte seg til og det er derfor vanskelig å si noe konkret om dette.

Som leger kjenner vi arbeidshverdagen til ulike faggrupper. Basert på dette vil nok synet på arbeid ved et DMS være ulik blant legene. For kolleger som jobber i større fagmiljøer innen kirurgiske fag og medisinske fag med vakt, vil arbeid på et DMS trolig ansees som lite attraktivt. Andre arbeider på sin side i små fagmiljøer, med en arbeidshverdag som i hovedsak består av poliklinikk. For disse er det rimelig å anta at arbeid på DMS ikke vil skille seg vesentlig fra den arbeidssituasjonen de har i dag.

Innen indremedisinske fag, som har høyt innslag av poliklinikk, bør det være mulig å utføre mye av den polikliniske virksomheten på DMS-et i nærheten av der man bor. For de som ønsker å delta i vakt kan det evt. opprettes delte stillinger, hvor de som ønsker deltar i vakt ved SA. Enkelte vil sannsynligvis ikke ønske å delta i vakt, og vil dermed kunne fritas for dette, men fortsatt utgjøre en ressurs for sykehuset.

#### *Private avtalespesialister*

Flere av fagområdene som tilbys av Helgelandssykehuset har et rent elektivt tilbud. Helgeland har per i dag svært få private avtalespesialister sammenliknet med andre helseforetak. Ved nedleggelsen av flere enheter vil man ønske å beholde mest mulig av fagkompetansen i regionen. Foretaket kan da tilby leger private avtalehjemler, slik at de kan fortsette å jobbe lokalt. Disse kan evt. kombineres med jobb på SA eller DMS.

#### *Akuttmedisinsk sengepost ved ett eller flere av DMS-ene*

Vi har tidligere vist til utfordringen med bare en indremedisinsk avdeling i regionen. På bakgrunn av tall fra SAMDATA vet vi at innleggelsesraten er høyere for medisinske pasienter

enn for kirurgiske. Tall fra Helse Nord viser at det i snitt vil være rett i underkant av 100 innleggelse på medisinsk avdeling per 1000 innbygger per år, mot rett under 20 for kirurgiske pasienter<sup>16</sup>. Vi vet også at den indremedisinske pasienten i snitt er eldre og skrøpeligere enn den kirurgiske pasienten. Det er nok også en erkjennelse av at sentraliseringsgevinstene er mindre for mange av disse pasientene, mens ulempen med lang transport kanskje er større. Det er på bakgrunn av dette at Nasjonal helse og sykehusplan åpner for lite akutt sykehus uten akutt kirurgi, men kun akutt indremedisin. Legeforeningen har på sin side vært kritisk til denne løsningen, da man anser samspillet mellom et medisinsk og kirurgisk fagmiljø som viktig for en del av disse pasientene. Det er i litteraturen lite vitenskapelig belegg for begge påstandene, det er imidlertid gode faglige argumenter for begge syn.

Hva er så forskjellen på et lite akutt sykehus og stort DMS? Helgelandssykehuset hadde 30. januar en temadag med gjennomgang av hva som kan ligge innenfor DMS-begrepet. Det ble her vist til eksempler fra Hallingdal, Alta, Nord Troms og Kristiansund. Allerede i dag finnes det DMS med akutt tilbud for enkelte pasientgrupper. I Hallingdal legges i overkant av 30 % av akuttpasientene inn ved det lokale DMS-et. I en studie av tilbudet ble pasientene randomisert til hhv. DMS og lokalsykehuset viste at funksjonsnivå og forbruk av helsetjenester var lavere i DMS-gruppen, samtidig som pasienttilfredsheten var høyere. Kun 1 av 10 pasienter som ble innlagt ved DMS-et ble senere overflyttet til sykehus<sup>17</sup>.

Det er nylig startet opp med akutt trombolysbehandling av hjerneslag ved det samme DMS-et<sup>18</sup>. Det bør ikke være noen hindringer for at denne typen tilbud også kan utvikles på Helgeland.

*Vi mener:*

*Rana har større akutt kirurgisk virksomheten enn de to andre enhetene til sammen. Nedleggelse av Helgelandssykehuset Mo i Rana vil ha store negative konsekvenser for det akutt kirurgiske behandlingstilbudet på Helgeland. En slik løsning vil i prinsippet være en midlertidig avvikling av det ortopediske tilbudet i regionen, og det vil også medføre en nedleggelse av det største kirurgiske miljøet i regionen. Dette er begge store fagområder, med stort innslag av ØHJ pasienter, som ikke kan driftes med utgangspunkt i en DMS. Både Mosjøen og Sandnessjøen har større innslag av elektiv virksomhet, og en del fagområder vil kunne videreføres ved ett eller flere DMS i en overgangsperiode eller på permanent basis, det samme er ikke tilfellet i Mo i Rana.*

---

<sup>16</sup> <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

<sup>17</sup> Lappégard and Hjortdahl BMC Family Practice 2014

<sup>18</sup> <https://vestreviken.no/kliniske-studier/the-rural-ct-study-distriktsbasert-ct-ved-akutt-hjerneslag>



## 4. Lokalisering og rekruttering

Den mest avgjørende faktoren for utviklingen av helsetilbudet på Helgeland vil mest trolig være rekrutteringen av fagpersonell. Rekruttering er således ett av de mest tungtveiende helsefaglige kriteriene for lokalisering av et sykehus. Dette handler ikke bare om rekruttering til de tradisjonelle sykehusyrkene, som lege og sykepleier. Fremtidens helsetjeneste vil stille store krav til personell med teknisk og naturvitenskapelig bakgrunn, personer med kompetanse på digitalisering og informasjonsformidling, men også samfunnsvitenskapelig kompetanse.

Rana har, som ressursgruppen viser, et betydelig større arbeidsmarked enn de andre byene. Dette er i seg selv et fortrinn. Byen har i tillegg en del kompetansebedrifter og institusjoner, som blant annet Campus Helgeland, hovedkontor for Kunnskapsparken Helgeland, Mo Industripark, SINTEF Helgeland, miljøet på Nasjonalbiblioteket<sup>19</sup> og Statens Innkrevingsentral. Dette bidrar til kompetansearbeidsplasser i større miljøer, som vil være viktig for mange sykehusansatte med partnere utenfor helsesektoren. Dette kan være en viktig faktor i seg selv. I tillegg ligger det potensiale for samarbeid med flere av disse institusjonene for utvikling av helsetjenesten på Helgeland f.eks. på områder som digitalisering, velferdsteknologi og e-helse. Det er et fortrinn for Rana.

Ressursgruppen viser i punkt 2 i rapporten til sentrale utviklingstrekk knyttet til demografi og befolkningsutvikling. Det viser ikke minst til hvordan Helgeland vil ha store utfordringer knyttet til en stadig lavere forsørgerbrøk. Våre sykepleierkolleger har vist til antallet utdanningskandidater innen en del relevante fagområder. Dette gjør det etter vårt syn uansvarlig å lokalisere ett sykehus til et område som ikke fanger opp regionens desidert største arbeidsmarkedsområde, og områdets befolkning som potensiell arbeidskraft.

Det har vært påpekt høyt vikarforbruk ved Rana sykehus i enkelte hørings svar. I flere år har rekruttering vært et høyt prioritert område. Vi har derfor tradisjon for å gi utdanningsavtaler med stipend til LIS som er i gruppe-1 tjeneste. Per i dag er det syv leger i spesialisering innenfor kirurgi og indremedisin som mottar stipend og ventes tilbake i løpet av få år. Disse stillingene dekkes delvis av vikarer i påvente av ferdigutdannede spesialister. Bruk av vikarer må også sees i sammenheng med aktivitetstilpasset bemanning og økonomistyring, noe som har bidratt til god økonomistyring ved enheten. Det er ellers ikke til å legge skjul på at Rana, i likhet med mange norsk lokalsykehus også har utfordringer knyttet til å rekruttere spesialister på enkelte fagområder. Dette er noe man jobber med kontinuerlig.

*Vi mener:*

*Det finnes ingen andre områder på Helgeland med tilsvarende størrelse, bredde og variasjon i arbeidsmarkedet som Rana. Potensialet for å benytte lokale kompetansebedrifter og institusjoner i utviklingen av helsetjenesten er størst i Rana. Dette vil være sentralt for utviklingen av fremtidens helsetjeneste. Sentrale utviklingstrekk i demografi og befolkning taler sterkt for en løsning som fanger opp regionens største befolkningskonsentrasjon som potensiell arbeidskraft ved det store akuttsykehuset. Potensielle sykehusansatte er færre i de*

---

<sup>19</sup> <http://kbnn.no/artikkel/gud-nasjonalbiblioteket-en-digital-verdensener-pa-helgeland>

*andre byene, av den enkle grunn at befolkningen er mindre. Rana har i motsetning til de andre byene en forventet befolkningsvekst.*

## 5. Spesielt omtalte emner

### 5.1 Gynekologi og fødetilbud

#### *Generelt om fødetilbudet på Helgeland*

På Helgeland fødes det ca. 650 barn årlig. I tillegg er det ca. 40-50 gravide som av ulike årsaker selekteres til å føde ved kvinneklinikk. Disse kvinnene blir hovedsakelig sendt til NLSH Bodø eller St. Olavs Hospital i Trondheim for selve fødselen. Disse 40-50 gravide følges likevel stort sett opp lokalt under svangerskapet, og totalt sett er det da ca. 700 gravide som mottar oppfølging og behandling under graviditet årlig på Helgeland.

Fødslene fordeles på to fødeavdelinger i hhv. Mo i Rana og Sandnessjøen, og én fødestue i Brønnøysund. Hver avdeling har 5 overlegehjemler (alle besatt) og 2 stillinger til leger i spesialisering. I Mo i Rana er det ansatt 17 jordmødre. I Sandnessjøen er det ansatt 18 jordmødre og i Brønnøysund er det 5 jordmødre og en ledig stilling som nå er vakant. Dette utgjør den døgnbemannede beredskapen.

Fødeavdelingen i Mosjøen ble omgjort til fødestue i 2003 og deretter lagt ned i 2016. Historisk har fødeavdelingen i Mo i Rana hatt flest antall fødsler per år, som de siste 10 årene har ligget mellom 300-350 fødsler årlig. Etter at fødetilbudet i Mosjøen ble lagt ned i 2016 har Sandnessjøen fått omtrent lik mengde med fødsler som Mo i Rana, og de siste årene har både Mo i Rana og Sandnessjøen hatt ca. 300 fødsler hver årlig (+/- 10-20 fødsler hver varierende fra år til år). Selve fødetilbudet er, ut fra fasiliteter, beredskap og bemanning, veldig like om man sammenligner Mo i Rana og Sandnessjøen. Fødestuen i Brønnøysund hadde totalt 22 fødsler i 2018. Dette er mindre enn vanlig da det har vært renovering på fødestuen og derfor færre fødsler. I tillegg til den døgnbemannede beredskapen er det ansatt jordmødre på poliklinikk/kommunal jordmortjeneste i Mosjøen, Rana, Sandnessjøen, Leirfjord og i Hattfjelldal. Øyriket leier inn jordmortjenester fra Helgelandssykehuset Mo i Rana (innland Lurøy, Rødøy og Nesna), Helgelandssykehuset Sandnessjøen (ytre Lurøy, Dønna og Herøy) og fødestuen i Brønnøysund (Sømna, Vega og Vevelstad). Det finnes per i dag ingen døgnbemanning/følgetjeneste i distriktet utenom ved fødeavdelingene og fødestuen i Brønnøysund. Ved behov rykker derfor jordmor ut med ambulanse i møte med pasient fra de døgnbemannede institusjonene.

Fødepopulasjonen er hovedsakelig fordelt slik det fremgår av tabell nr. 2. Her ser man at den største fødepopulasjonen befinner seg i Rana kommune med ca. 260 fødsler i året, etterfulgt av Vefsn og Alstadhaug kommune med hhv. ca. 114 og 76 fødsler i løpet av ett år. Brønnøysund har rundt 65 fødsler årlig, i tillegg til at kommunene Vega, Sømna og Vevelstad sokner til Brønnøysund og vil motta sin oppfølging her om det er mulig.

#### *Etablering av ett stort sykehus*

Både gynekologi og fødselshjelp er medisinske spesialiteter som faglig vil dra nytte av ett stort sykehus. Dette er, som nevnt innledningsvis, både på grunn av samling av kompetanse, men også mtp. samling av pasientpopulasjonen. Fødefaget kan på mange måter ses på som et håndtverk. Det læres gjennom eksponering og praktisk håndtering, og det krever en høy grad av repetisjon for å vedlikeholde kompetansen.

Det fødes ca. 650 barn på Helgeland hvert år. Fødslene fordeles mellom fødeavdelingene i Mo i Rana fødeavdeling og Sandnessjøen, samt fødestuen i Brønnøysund. Samlet er 650 fødsler i året ikke et stort tall. Til sammenligning har Tromsø ca. 1500 fødsler i året, og det er bare så vidt de kan holde gruppe 1 utdanningsstatus med det fødselstallet. Også her må LIS ofte reise til Østlandet for å få oppfylt spesialistkravene. Dette gir et lite perspektiv på hvor mange fødsler som kreves for å få bredde og kompetanse innenfor fagfeltet.

Når man med dette i bakhodet ser på situasjonen på Helgeland, hvor man i dag fordeler et allerede lavt fødselstall utover tre fødesteder, så ser man at grunnlaget for opprettholdelse av kompetanse blir enda mindre.

Dette gjelder ikke bare for leger, men også jordmødre. Det blir totalt sett alt for få fødsler per jordmor per år. I dag er jordmødre og leger på fødeavdelinger derfor pålagt å dra ut på hospitering ved andre større sykehus ca. hvert 2 år for å holde kunnskapen ved like. Dette er i utgangspunktet en god tanke, men hospiteringstilbudet er slik det er organisert i dag ikke godt nok. Jordmødre og leger får ikke anledning til å selv ta imot barn under hospiteringsperioden, og må opptre som observatører.

Rekruttering er også viktig. Det har over lang tid vært problematisk å rekruttere kvalifiserte gynekologer til Helgeland. Dette gjelder både for Mo i Rana og Sandnessjøen. Det er få eller ingen godt kvalifiserte gynekologer ved utlysning av overlegestillinger. Andre rekrutteringsmåter har derfor vært nødvendig. I tillegg er flere av gynekologene på Helgeland per i dag over 60 år, og det vil derfor være behov for flere nye overleger de nærmeste årene. Ved å etablere et større sykehus får man samlet eksisterende kompetanse, samtidig som man forhåpentligvis vil skape en arbeidsplass som vil fremstå som mer attraktiv og derav bidra til økt rekruttering, noe som er avgjørende for driften videre av føde/gyn avdelingen. Rekruttering av jordmødre ved fødeavdelingene har ikke vært og er fremdeles ikke et problem.

I tillegg til fødefaget vil også den gynekologiske delen av faget ha nytte av en sentralisering. Innenfor gynekologisk kirurgi vil bli en større pasientpopulasjon gi bedre anledning for opprettholdelse av kirurgisk kompetanse i form av mengdetrening, i tillegg til at dette vil styrke utdanningsaspektet ved at leger i spesialisering vil kunne få mulighet til å lære flere typer inngrep. Det er også viktig at en fremtidig fødeavdeling blir lagt til samme lokalisasjon som resterende akutt-kirurgi samt det meste av elektiv abdominal kirurgi, da disse spesialitetene ofte samarbeider og er avhengig av hverandres kompetanse.

En annen faktor som vil ha stor betydning for fødselstilbudet er tilgang på andre spesialiteter utenom fødselshjelperne. Dette gjelder spesielt tilgang til flere anestesileger og barnelege. Flere erfarne anestesileger er spesielt viktig i akutte situasjoner med dårlig barn og/eller mor. Ved å ha tilgang til barnelege vil også elektive problemstillinger hos barn bli løst på en bedre måte i form av større tverrfaglig kompetanse.

*Vi mener:*

*På bakgrunn av overstående vil det være uheldig å velge en modell hvor den fødende populasjonen blir spredt til flere senter enn nødvendig. Etablering av ett stort akuttsykehus er derfor, rent faglig, den foretrukne modellen for videre drift av gyn/føde avdeling. Mo i Rana og Sandnessjøen har tilnærmet like store fagmiljø.*

#### *Plassering av akuttsykehuset - transport*

I tillegg til den generelle befolkningen på Helgeland har vi noen pasientgrupper som skiller seg ut i forhold til behov for innleggelse og transport til sykehus. Fødepopulasjonen er en slik gruppe. Vi vet at alle fødende vil ha behov for innleggelse ved sykehus i forbindelse med fødsel, og mange vil ha behov for og krav på assistanse inn til sykehus. Denne gruppen vil derfor være viktig når man ser på plassering av et fremtidig sykehus ift. transporttid til pasientene.

Helgeland er et distrikt hvor fødepopulasjonen er vant til transport. Slik det fremgår av tabell nr. 2, så ser man at ca. halvparten av fødepopulasjonen på Helgeland allerede må belage seg på transport inn til sykehus av en viss lengde. I sommermånedene har man siden 2013 hatt vekslende sommerstengt ved de to fødeavdelingene, hvor den ene avdelingen har åpent en måned på sommeren mens den andre avdelingen har stengt. Dette for å avvikle ferie samtidig som man kan sikre at fødeavdelingen har lokale/kjente gynekologer og jordmødre på vakt. Studier har vist at utstrakt bruk av vikarer fører til flere uheldige hendelser under fødsel. Denne rotasjonsløsningen har etter hvert gitt oss god erfaring med transport av fødende innad i regionen. Erfaringene har vært mange, og stort sett veldig gode. Ut fra statistikk fra Medisinsk fødselsregister (MFR) ser man at det i.a. 2017 var totalt 6 fødsler utenfor institusjon i Nordland. Dette gir en andel på 2,3 per 1000 fødsler. I Nordland ble det samme år født 2313 barn. Dette betyr at ca. 1-2 barn ble født under transport på Helgeland ut fra statistikken. Landsgjennomsnittet på fødsler under transport er på 3 per 1000 fødsler.

Selv om man vet at de fleste fødende rekker frem til sykehuset, så vil transporttid inn til sykehuset være en viktig faktor for både fødende og fødselspersonell i regionen. Om man ser for seg at Helgeland skal få ett stort akuttsykehus så vil det føre til at flere fødende får lenger transport inn til sykehus. Slik vil det bli uansett hvor man skulle legge sykehuset. Det er da viktig å tenke over plassering av sykehuset. Om man ser på tabell nr. 2, så ses det at 425 fødende vil nå sykehuset i.a. 1 time dersom sykehuset legges til Mo i Rana sammenlignet med 299 dersom sykehuset ble lagt til Sandnessjøen. Dette utgjør en forskjell på hele 42 %. Rana **når over 300 fødende på rundt 22 minutter**, ingen annen lokalisering er i nærheten av dette. Tilsvarende tall for **Sandnessjøen er rundt 100**, en nokså betydelig forskjell. Vi har som nevnt anbefalt å opprettholde fødetilbudet i Brønnøysund. Legger man til grunn at ca 40 % av fødslene i opptaksområdet gjennomføres der har Rana nesten 2500 færre minutter i transport for fødepopulasjonen på Helgeland.

Tabell 2. Fødselstall fra SSB (Kommunefakta.no), transporttider fra rapporten *Pasienttransport på Helgeland*.

Kommune	Antall fødsler	40% Fødsler Brønnøys.	Minutter i transport Rana	Minutter Rana+B	Transporttid SSJ	Minutter SSJ+B
Rødøy	13	13	130	1690	97	1261
Lurøy	17	17	84	1428	59	1003
Nesna	7	7	60	420	63	441
Træna	3	3	120	360	65	195
Rana	260	260	11	2860	75	19500
Hemnes	44	44	22	968	53	2332
Hattfjelldal	12	12	112	1344	97	1164
Grane	7	7	85	595	67	469
Vefsn	114	114	60	6840	42	4788
Leirfjord	25	25	63	1575	15	375
Alstahaug	76	76	75	5700	12	912
Dønna	8	8	115	920	50	400
Herøy	15	15	129	1935	60	900
Vega	10	6	167	1002	92	552
Brønnøy	65	39	195	7605	107	4173
Sømna	11	7	215	1505	137	959
Vevelstad	6	4	155	620	80	320
<b>Sum</b>	<b>693</b>	<b>657</b>		<b>37367</b>		<b>39744</b>

Selv om sykehuset blir lagt til Mo i Rana, og med det sikrer at godt over 400 av de totalt 650 fødende kommer relativt raskt inn til sykehus, så vil det likevel være en del av fødepopulasjonen som vil få relativt lang transportvei inn til sykehuset. Dette gjelder spesielt fødende på Sør-Helgeland rundt Brønnøysund, men også fødende fra Hattfjelldal/Grane og fødende fra øygruppene utenfor Sandnessjøen. Det er derfor viktig at det legges en god plan for fødende fra disse områdene slik at deres helse og sikkerhet ivaretas.

I stortingsmelding nr. 12, "en gledelig begivenhet", publisert av Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med forbedring av svangerskap- og fødselsomsorgen, er det sagt at fødende som har transporttid på over 1,5 time fra kommunesenter inn til fødeinstitusjon har krav på døgnbemannet vaktordning som har kompetanse i grunnleggende fødselshjelp. I stortingsmeldingen sies det følgende; "følgetjenesten har to hovedhensikter. Den ene er å sikre medisinsk faglig forsvalighet. Den andre er å skape trygghet for den gravide underveis til fødeinstitusjon. Rådet anbefaler at det organiseres følgetjenester der hvor det er reisevei utover halvannen time reisevei til fødested, og at regionalt helseforetak må ta ansvar for denne tjenesten på lik linje med ambulansetjenesten. Den praktiske gjennomføringen kan for eksempel skje i samarbeid mellom en eller flere kommuner"

På bakgrunn av dette burde det, på samme måte som under sommerstenging, være jordmorberedskap for vurdering av fødende og følgetjeneste på steder uten fødeavdeling hvor det er langt inn til sykehus. Slik vi ser det vil dette kunne løses på en god måte ved å beholde fødestuen Brønnøysund i tillegg til at man oppretter en døgnbemannet ordning med jordmor i Sandnessjøen. I tillegg burde man opprette en ordning hvor fødende fra Hattfjelldal og Grane også kan komme til en vurdering og få tilbud og følgetjeneste om det anses som nødvendig. Hvor dette tilbudet burde plasseres og hvem som skal drive det må man se nærmere på. Det finnes i dag en jordmor i Hattfjelldal og 3 jordmødre i Mosjøen som driver poliklinikk på dagtid.

Fødestuen i Brønnøysund vil gi fødende fra den sørlige regionen av Helgeland, som har den lengste transportveien, mulighet til å bli vurdert av kyndig jordmor i starten av fødselsforløpet, som igjen vil bidra til å selektere de fødende med lengst reisevei slik at transporten blir sikrest mulig. Jordmor kan vurdere om pasienten har tid til å bli transportert inn til sykehus med ambulans, om det trengs følge av jordmor med ambulansen, eller om helikopter evt. er nødvendig. Dersom helikopter skulle være aktuelt, så vil dette være av praktisk betydning da helikopterbasen er plassert like ved fødestuen. Dette gir også en trygghet til de som føder ved fødestuen i Brønnøysund, da man ved for eksempel uforventet dårlig barn eller stor blødning etter fødsel kan få assistanse fra anestesilege på helikopter i form av blodprodukter og kompetanse på håndtering av dårlige nyfødte. Å beholde fødestuen i Brønnøysund er derfor fornuftig både i forhold til å sikre best transport av fødende fra den sørlige regionen, i tillegg til at det gir en prehospital akuttmedisinsk kompetanse for de fødende som har lengst vei inn til sykehus. Fødestuen i Brønnøysund er velfungerende og har vært det over lengre tid. Dette har en viktig og praktisk verdi. For de fødende vil en velfungerende eksisterende fødestue betyr at jordmødrene som jobber her allerede er vant til å jobbe selvstendig og uten assistanse fra gynekolog. Dette vil være en stor fordel. Vi har erfaring fra nedlegging av fødeavdeling i Mosjøen som viser at en omstrukturering fra fødeavdeling til fødestue er noe som tar tid og som ikke nødvendigvis er en lett omstilling. I Brønnøysund er denne jobben allerede gjort.

Ved å legge akuttsykehuset til Mo i Rana og samtidig beholde fødestuen i Brønnøysund, lage en døgnbemannet jordmortjeneste i Sandnessjøen og en følgetjeneste i området for Grane/Hattfjelldal, vil man opprettholde sikkerheten til de fødende i regionen samtidig som det rent praktisk vil bety lite omstrukturering og minst mulig endringer for flest antall fødende i distriktet. Fødende fra Vefsn (som er har den nest største fødepopulasjonen på Helgeland) må i dag allerede belage seg på ca. 1 times transport inn til sykehus. Dette vil endres minimalt ved å legge sykehuset til Mo i Rana. Dersom man skulle legge ned fødeavdelingen i Mo i Rana, hvor den største fødepopulasjonen befinner seg (ca. 40 % av alle fødsler i distriktet), så vil det by på mye større strukturelle og praktiske endringer, og totalt sett føre til at flere gravide vil trenge lengre transport for å nå inn til sykehus.

### *Diskusjon i media*

Vi noterer oss at det har vært medieutspill fra både fra Jordmorforeningen og lederen i Nordland legeförening. Dette er ikke en del av beslutningsgrunnlaget for ressursgruppen, men vi ønsker likevel å knytte noen kommentarer til disse sakene. Det er verdt å merke seg at både leder i Jordmorforeningen og Nordland legeförening er ansatt ved Sandnessjøen sykehus. Det gjøres en stor sak av en lokalisering i Mo i Rana vil gi 33 mil til neste fødeavdeling (Namsos). Om lag midt på strekningen Mo i Rana – Namsos vil det være lokalisert en fødestue med vår anbefaling til struktur, stasjonert et ambulansfly og et ambulanshelikopter. Velges en lokalisering i eller nær Sandnessjøen vil det tilsvarende være 34 mil til neste fødeavdeling i Bodø. Det er per i dag ingen LA ressurser eller legebemannede prehosiptale ressurser før man kommer til Bodø. En fødestue i Mo i Rana vil trolig undergrave pasientgrunnlaget til et stort akuttsykehus i såpass stor grad at det ikke vil være aktuelt.

### *Gynekologi og DMS*

Ved gynekologisk poliklinikk i Mo i Rana hadde man alene i 2018 ca. 3000 konsultasjoner. Dette reflekterer et stort behov for en slik tjeneste for kvinner i regionen. Det vil derfor være naturlig å se for seg at man kan opprettholde den polikliniske driften av en gynekologisk poliklinikk i distriktsmedisinske senter i Brønnøysund, Mosjøen og Sandnessjøen.

*Vi mener:*

*Totalt sett anser vi en ordning med en større fødeenhet lagt til Mo i Rana, DMS i Brønnøysund med fødestue, døgnbemannet jordmortjeneste i Sandnessjøen og følgetjeneste i området Hattfjelldal/Grane å være den beste løsning for fødepopulasjonen på Helgeland.*

## 5.2 Brønnøyregionen og pasientlekkasje

Ressursgruppen skriver i sin rapport om en lokalisering i Mo i Rana:

*Utfordringen med en slik plassering er at øyene/kommunene rundt Brønnøysund får lang vei til det store akuttsykehuset. Ressursgruppen legger derfor vekt på at DMS Brønnøysund og de foreslåtte DMS Sandnessjøen og DMS Mosjøen må få en bredde i tilbudet som gjør at brorparten av befolkningens behov for polikliniske og dagmedisinske kontakter med spesialisthelsetjenesten, kan dekkes lokalt. I akutte situasjoner må Brønnøysunds*

*samlede prehospitale ressurser (bilambulanse, båtambulanse, legehelikopter, legebil, redningshelikopter) utnyttes på en god måte.*

*En annen utfordring ved plasseringen kan bli at innbyggerne sør på Helgeland velger å reise sørover til Namsos for undersøkelse og behandling. Igjen blir bredden i tilbudet ved DMS Brønnøysund og de foreslåtte DMSene i Sandnessjøen og Mosjøen viktig for å demme opp for en slik mulig utvikling. Når det gjelder planlagte innleggelse, må Helgelandssykehuset sørge for at eget tilbud i det store akutt sykehuset holder så høy faglig standard at eget sykehus velges på grunn av kvaliteten.*

I argumentasjonen mot Rana som lokaliseringssted for SA trekkes utfordringen med befolkningen på Sør-Helgeland vært holdt frem som avgjørende. Brønnøysund benytter i hovedsak Sandnessjøen som lokalsykehus. Byen er base for både ambulansefly og ambulanshelikopter, og det er vedtatt utbygging av et større DMS der. Regionen vil altså få et bedre lokalt tilbud enn de har i dag, uavhengig av sykehuslokalisering.

Mye av bekymringen i Brønnøysund knytter seg til svekkelse av akuttberedskapen i perioder med dårlige værforhold for helikopteret. Fly har større værmessig toleranse enn helikopteret, og kan fly i isingsforhold. Værforhold som verken gir rom for bruk av fly eller helikopter er sjelden. Brønnøysund lufthavn har høyest regularitet blant dagens lufthavner på Helgeland (98,2%, ref. Avinor). I en situasjon hvor ingen LA ressurser kan ta av vil ambulansebil evt. i kombinasjon ambulansebåt være eneste mulige transportmiddel. Legene i Brønnøysund har ytret ønske om at et SA må plasseres bynært i Sandnessjøen eller Mosjøen. Dette er et fullt forståelig standpunkt. Vi mener imidlertid at ingen av byene på Helgeland er bedre rustet for lang transportvei til sykehus enn det Brønnøysund er i dag og vil være med et nytt DMS i fremtiden. Uavhengig av sykehuslokalisering må tilbudet i Brønnøysund tilpasses lang transporttid til sykehus.

#### *Lufttransport*

Brønnøysund er i dag svært godt utrustet med luftambulanseressurser. Vår gjennomgang av data fra LABAS viser at innbyggerne i Brønnøysund har langt høyere tilgang til disse ressursene enn befolkningen på Nord Helgeland. Det vil imidlertid finnes situasjoner hvor været er så dårlig at både transport med fly og helikopter ikke lar seg gjennomføre. Det vil da være flyforholdene i Brønnøysund som er relevante, ikke ved leveringsstedet. Leveringsstedet kan i prinsippet være alt av sykehus mellom UNN til St. Olav. Ambulanseflyet som er stasjonert i Brønnøysund vil også kunne benyttes til primæroppdrag. Dette gjøres rutinemessig i Finnmark. Flyet er da avhengig av å kunne ta av fra Brønnøysund - noe som kan gjøres i dårligere vær enn landing med fly og helikoptertransport. Hvis det ikke er flyforhold for helikopteret vil anestesilegen i særskilte situasjoner kunne stabilisere og følge pasienter med flyet, noe vi vet har vært gjort andre steder i landet. Dette er dog ekstremtilfeller, som forekommer svært sjeldent.

#### *Bakketransport av pasienter:*

Selv med en lokalisering av SA i Mosjøen vil det være minste 135 minutter transport med bil, i dårlig vær enda lengre. Båt/biltransport til Sandnessjøen langs kysten vil trolig være mindre aktuelt i ekstremvær, da de angitte tidene for transport til Sandnessjøen baserer seg på at ambulansebåten kjører i 35 knop. Hastigheten vil i slike situasjoner kunne gå ned mot 5 knop (ref. Pasienttransport på Helgeland). Dette vil trolig medføre at biltransport langs Fv 76 og E6 er mest aktuelt. Ligger sykehuset bynært i Sandnessjøen eller som i dag, er differansen i



transporttid til Mo i Rana ca 18 minutter jfr. tallene til prehospital enhet<sup>20</sup>. Ved manglende flyvær vil legeressurser fra LA kunne følge pasienten, evt. med møtekjøring med lege i ambulanse fra SA. Om vesentlig flere pasienter må vurderes for lufttransport med en reisetid på 2,5 kontra 3,5 timer er lite sannsynlig. Hvis det vurderes som uforsvarlig å transportere en pasient med ambulansebil i rundt 3,5 timer, vil vurderingen trolig være den samme for transport på rundt 2,5 timer.

#### *Lokale behandlingsmuligheter i Brønnøysund*

Behandlingen av kritisk syke pasienter vil imidlertid måtte starte i Brønnøysund uavhengig av sykehuslokalisering. Det er uansett langt til sykehus. Personellet fra LA ressursene vil etter all sannsynlighet være tilgjengelig på basen i situasjoner uten flyvær. Det vil da være tilgang til både anestesilege fra helikopter og anesthesi/intensiv sykepleier fra flyet, sammen med ordinær legevaktstjeneste og personell ved DMS-et. Hvorvidt det er tradisjon for samhandling og samtrening mellom disse ressursene i dag vet vi ikke. Det er naturlig at Helgelandssykehuset går i dialog med LA-tjenesten og primærhelsetjenesten i Brønnøysund for å utnytte mulighetene et nytt DMS med akuttrom, røntgen/CT, ultralyd og laboratorietjenester gir. Dette mener vi må være et mål uavhengig av sykehuslokalisering. Det er allerede prosjekter i Norge hvor ambulanspersonell tar CT og administrerer trombolyse i samråd med lege på sykehus<sup>21</sup>. Med anestesilege og tilgang til avansert transportrespirator, et bredt spekter av medikamenter og blodprodukter er det i prinsippet mulig å starte avansert intensivbehandling i Brønnøysund og for så å flytte pasienten. Slike hendelser vil imidlertid være svært sjeldne.

#### *Transport til høyere omsorgsnivå*

Med økende muligheter for diagnostikk i de prehospitalene tjenesten ligger det til rette for at flere pasienter kan transporteres direkte til adekvat behandlingsnivå. For pasienter med tilstander som skal behandles på regional- eller universitetssykehus utgjør lokalsykehuset i mange tilfeller et unødvendig tidstap.

Helse Nord har vedtatt etablering av et PCI-tilbud i Bodø. Transporttid < 90-120 minutter åpner for primær PCI, og vil åpne for denne typen behandlingen til deler av befolkningen på Helgeland også. Brønnøysund og kystkommunen nordover vil trolig være de med størst mulighet for å dra nytten av et slikt tilbud, da tilgjengeligheten for helikopter er høy og flytiden til Bodø er innenfor tidsvinduet for primær PCI behandling. Erfaringen fra etableringen av ambulanshelikopter på Evenes er at man velger å fly flere pasienter direkte til PCI behandling. Ambulanseflyet i Brønnøysund vil i prinsippet også kunne brukes til denne typen primær oppdrag.

---

<sup>20</sup>

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/transport%20Helgelandpdf.pdf>

<sup>21</sup> <https://vestreviken.no/kliniske-studier/the-rural-ct-study-distriktsbasert-ct-ved-akutt-hjerneslag>

Utrustes de prehospitala tjenestene med riktig utstyr og personellet sikres riktig kompetanse vil dette sørge for at pasientene i Brønnøysund kan leveres til riktig behandling, på rett sted og innen rett tid.

### *Elektivt behandlingstilbud i Brønnøysund*

#### *Ortopedi*

Utformingen av DMS-et har vært håndtert av ledelsen ved enhet Sandnessjøen. Fagmiljøet i Mo i Rana har ikke blitt nevneverdig involvert i dette arbeidet, men har på eget initiativ økt ambuleringen med ortoped fra 2019 og har nylig startet opp med videokonsultasjonen for egnede pasientgrupper. Man er også i ferd med å ansette fysioterapeut som skal samarbeide med ortopedene om funksjonsundersøkelse av pasientene (jobbglidning). Utvikling av tilbudet i Brønnøysund vil på sikt også kunne omfatte mindre dagkirurgiske inngrep i lokalbedøvelse, forutsatt at det fra sykehusets side legges til rette for det.

#### *Generell/gastrokirurgi:*

Fra kirurgisk side ser man for seg at man kan drive utstrakt poliklinikk i Brønnøysund. Avdelingen i Rana har fagpersoner som ønsker å ambulerer til regionen. Per i dag styres dette av Sandnessjøen sykehus, som har Brønnøysund som opptaksområde. Hvis det legges til rette for det kan man også gjennomføre coloskopier. Dette kan bli aktuelt hvis det fra sentrale myndigheter man innfører koloskopi som del av screeningprogrammet for tarmkreft.

#### *Anestesi*

Viser til tidligere skissert ordning med erfarne LIS 3 som i perioder kombinerer forefallende arbeid på DMS (dagkirurgi i lokalanestesi, anestesisyn) kombinert med evt. med beredskapsvakt på ambulansflyet.

#### *Radiologi*

I helgelandssykehuset har vi pr i dag 3 MR maskiner, hvor alle er lokalisert i nord og midt Helgeland (Rana, Mosjøen og Sandnessjøen). Forbruket for poliklinisk MR bileddiagnostikk ligger på 104,1 (i 2012) pr 1000 innbygger i Helse Nord. Vi vet at det er planlagt DMS med rgt og CT i Brønnøysund. Det bør utredes om en av MR maskinene fra Midt-Helgeland skal flyttes til det nye DMS-et. Da vil man spare ca 1200 pasientreiser i året, og legge grunnlaget for et svært godt behandlingstilbud på Sør-Helgeland.

#### *Indremedisin*

Helgelandssykehuset har allerede i dag en indremedisiner ansatt og bosatt i Brønnøysund, som vil være en stor ressurs. Det vil være viktig å bygge opp rundt det tilbudet med økt ambulering og utdanning av støttepersonell. Lungelege fra Rana har ellers vært ved Sømna rehabilitering i løpet av 2018. Tilbudet i Brønnøysund må gradvis bygges opp jfr. Alta. Som vi ellers har vist er det viktig å hente ut potensialet som ligger i ny teknologi og fjermdiagnostikk. Fastlegene vil også være en viktig faktor i behandlingen av indremedisinske pasienter, og

som vi beskriver i punkt 5.3 finnes det et stort potensialt for tettere faglig oppfølging og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten på dette området. Alle fastlegene i Brønnøysund vil være samlet i ett DMS. Dette gjør det enklere å skape felles arenaer for fagutvikling og samarbeid, f.eks. gjennom telestudioundervisning.

*Vi mener:*

*Samtlige LA ressurser på Helgeland er i dag lokalisert i Brønnøysund. Regionen har allerede i dag en prehospital struktur som er rigget for lang transport til sykehus. Det er vedtatt bygging av et DMS i Brønnøysund uavhengig av sykehuslokalisering. Tilbudet i regionen vil i fremtiden styrkes, og fra fagmiljøet i Rana sin side vil et bredest mulig tilbud være en prioritert oppgave. Utnyttet potensialet ved et DMS riktig vil Sør-Helgeland i fremtiden ha et langt bedre lokalt helsetilbud enn de har i dag. Dette vil vi være en pådriver for, både hva angår det akutte- og elektive tilbudet. Det fremstår da merkelig at en større andel av befolkningen skal reise ut av regionen for å motta helsetjenester. Vi mener et bedre samspill mellom LA-ressursene, bilambulansse, legevakt og personell ved DMS-et vil kunne gi befolkningen et godt akutttilbud, selv om sykehuset lokaliseres i Mo i Rana.*

## 5.3 Utvikling av primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten vil uansett lokalisering av ett stort akutt sykehus være avgjørende for å sikre befolkningen gode helsetjenester i hverdagen, men også ved akutte hendelser. Samspillet mellom sykehus og primærhelsetjenesten vil være viktig, og sykehuset vil kunne være en viktig støttespiller for fastlegene, særlig i mindre kommuner.

Det meste av kommunikasjon mellom sykehusene og fastlegen foregår i dag gjennom epikriser og henvisninger. Det er liten grad av toveiskommunikasjon, hvor drøfting av pasienter, beslutningsstøtte og faglig rådgivning kan gå begge veier. Vi mener både primærhelsetjenesten og sykehuset kan dra nytte av hverandre, og bedre pasientbehandlingen gjennom tettere kommunikasjon.

Medisinsk avdeling i Rana ønsker å adressere denne problemstillingen, og vil gjennom faste videokonferanser med fastlegene se på om man kan få til bedre løsninger for pasientene. I prosjektet planlegger man at kommunene i opptaksområdet tilordnes en fast kontaktlege ved sykehuset (LIS2). Det vil planlegges møter til fastsatte tidspunkter hvor fastlegene og sykehuset kan melde inn konkrete spørsmål. Disse kan i forkant drøftes med relevant spesialist eller fastlege, og man kan i fellesskap bli enig om en videre plan for pasienten. Uklarheter rundt henvisninger og epikriser, evt. videre oppfølging av pasientene kan avklares i disse møtene. Vi har tro på at et tettere samarbeid kan bedre oppfølgingen av pasientene, redusere misforståelse etter utskrivelse av pasienter, unngå unødvendige henvisninger/undersøkelser og bidra til en fornuftig arbeidsfordeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Kanskje kan mer av oppfølgingen skje i kombinasjon mellom spesialist og primærhelsetjeneste. Prosjektet vil rulles ut i løpet av den kommende måneden.

Det er en kjensgjerning at det også har vært en sentralisering av legevaktstjenestene. Den gamle distriktslegen som kom reisende med bil eller legebåt ute i distriktene er borte. Samtidig har kompetansen, de diagnostiske- og behandlingsmulighetene i ambulansetjenesten økt, og mye vil skje fremover. Samspillet mellom legevakt og ambulansetjeneste bør ta sikte på at ambulansetjenesten i større grad blir en forlenget arm

for legevakten. Ambulansetjenesten kan i samråd med legevakten bidra til å vurdere pasientene nærmere der de bor. Dette kan bidra til å unngå unødvendig innleggelser av pasienter som ellers kun er vurdert av lege per telefon.

Akutte kommunale sengeplasser kan fungere svært god, slik erfaringene fra Hallingdal viste. Dette er på alle måter en modell å bygge videre på, også på Helgeland. God dialog mellom sykehus og primærhelsetjeneste vil være avgjørende for å utvikle disse tilbudene. Vi ser for oss at nye kommunikasjonsløsninger kan utvikle denne typen modeller videre. Felles skypevisitt flere dager i uken med legene på DMS-et og sykehuslege vil kunne bidra til faglig støtte og erfaringsutveksling. Dette vil kunne gjøre DMS-et til en attraktiv arbeidsplass for fastleger, men mulighet for tettere faglig samarbeid med sykehuslegene og i sum bedre pasientbehandling.

Kommunene har ellers et ansvar for å sørge for rekruttering i primærhelsetjenesten gjennom attraktive ansettelsesmodeller (f.eks faste stillinger), gode vilkår for utdanning og tilrettelegging for faglig veiledning og støtte. Enkelte småkommuner lykkes bedre i dette arbeidet enn andre, selv om vi vet at det nasjonalt er en utfordring å rekruttere fastleger - også i storbyene. Kanskje man kan lære noe av disse kommunene?

*Vi mener: en sentralisering av sykehusstrukturen vil i sin natur stille større krav til primærhelsetjenesten - dette er uavhengig av lokalisering. Fagmiljøet i Rana vil innta en fremoverlent rolle i utviklingen av samarbeidsløsningen mellom sykehuset og primærhelsetjenesten. Vi vil i løpet av kort tid rulle ut vårt første konkrete prosjekt. Sykehuset vil ha en viktig rolle i samarbeidet med fastlegene, men skal man lykkes med byggingen av fremtidens helsetjeneste trengs også offensiv holdning fra kommunene.*

## 5.4 Kystbefolkningen

Helgeland har en relativt stor kystbefolkning på om lag 10 000 innbyggere som er bosatt på øyer uten fastlandsforbindelse. De veiløse øyene strekker seg fra Vega i sør til Rødøy i nord. Slik situasjonen er i dag sokner Vega, Vevelstad, Herøy og Dønna til Sandnessjøen, mens Nesna, Rødøy, sokner til Mo i Rana. Lurøy deles, hvor Lurøy innland og de øyene nærmest fastlandet benytter Mo i Rana mens øyene lenger ut benytter Sandnessjøen. Træna benytter også begge sykehusene.

Selv med dagens svært desentraliserte sykehusstruktur har en del av øyene lang reisetid til sykehus. For denne delen av befolkningen vil en godt utbygd prehospital tjeneste være avgjørende for god akuttberedskap. Ambulansehelikopteret vil sammen med ambulansébåt-/biltjenesten spille en viktig rolle uavhengig av hvor SA lokaliseres. Vi har tidligere vist at ambulanshelikopteret utgjør langt mer enn en transportressurs. Det vil også bidra til svært avansert pasientbehandling utenfor sykehusets vegger. Det samme vil i økende grad også gjelde de ordinære prehospitaltjenestene. Dette vil særlig komme befolkningen med lang reisevei til SA til gode.

Rapporten fra prehospitaltjenester viser at man kan forvente langt høyere regularitet på helikopteret langs kysten. Ressursgruppa påpeker helt riktig at kystbefolkningen vil kunne leveres til andre sykehus innen rimelig kort flytid (Bodø for nordre del av Helgeland, Namsos/SoHo for søndre del av Helgeland). Befolkningen på kysten vil også kunne leveres

raskere til riktig omsorgsnivå for en rekke tilstander som ikke skal behandles av Helgelandssykehuset (STEMI, rumpert aortaaneurisme, nevrokirurgiske problemstillinger, store traumer etc.).

Som beskrevet under punkt 2 i vårt hørings svar har befolkningen på Nord-Helgeland dårligst tilgang og lengst flytid for ambulanshelikopter. Ved en lokalisering av sykehuset i Sandnessjøen er det rimelig å anta at Nord-Helgeland vil generere langt flere LA oppdrag enn i dag. Det kommer som følge av at flere pasienter vil ha nytte av tidsgevinsten helikoptertransport vil kunne gi. I tillegg vil flere ha behov for behandlingen som kan gis i ambulanshelikopteret når veien til sykehus er lengre. Oppdragsmengden på kysten vil trolig holde seg på samme nivå som i dag, da denne baserer seg på dagens desentraliserte sykehusstruktur. Økt bruk av LA ressursene i Nord vil følgelig påvirke beredskapen på kysten.

*Vi mener:*

*Kystbefolkningen vil uavhengig av sykehuslokalisering være avhengig av behandlingen som gis i de prehospitale tjenestene for å sikre et godt akuttmedisinsk tilbud. Samspillet mellom prehospitale ressurser, legevakt og sykehuset må utvikles. Regulariteten på ambulanshelikopteret kan forventes å være høyere på kysten enn overgangen kyst/innland. Kystbefolkningen vil ved værutfordringer kunne leveres til andre sykehus innen rimelig kort flytid. Dette utgjør en svært liten andel av innleggelsene, og vil minke med bedret regularitet. Helgelandssykehuset vil kunne frigjøre midler til å investere ytterligere i prehospitale tjenester ved å velge lokalisering av SA som baseres seg på gjenbruk av bygningsmasse og sørge for å etablere et SA som evner å drifte effektivt. En lokalisering midt i regionen vil øke presset på helikopterressursene, med økt oppdragsmengde på Nord Helgeland. Dette vil kunne påvirke beredskapen for kystbefolkningen negativt.*

## 6. Oppsummering

Ressursgruppa har etter vårt syn kommet med en gjennomarbeidet rapport, som på en svært god måte belyser de fleste sentrale utfordringene ved endring av sykehusstruktur. Gruppa har i sin analyse tatt på alvor hvordan grunnleggende utfordringer i demografi og befolkningsutvikling påvirker muligheten til å bygge opp en fremtidsrettet helsetjeneste.

Som det har vært påpekt av flere har rapporten ikke svart detaljert på alle utfordringer knyttet til etablering av ny sykehusstruktur – det var heller ikke mandatet. Vi har i vårt hørings svar forsøkt å peke på hvordan vi ser for oss at en del av problemstillingene som ligger åpne kan løses. Vi har heller ikke alle svar, men ønsker å være konstruktive bidragsytere til en utvikling av helsetjenesten på Helgeland.

Rana er et høyst aktuelt sted for lokalisering av ett stort akuttsykehus på Helgeland, men en lokalisering i Rana har også utfordringer. Disse er vi interessert i å løse, noe vi skisserer i vårt hørings svar. På områder som rekruttering og potensielle arbeidstakere er Rana bedre enn de andre byene, og vi mener Rana på sikt har bedre forutsetninger for å kunne sikre stabil rekruttering av alle typer personell til et fremtidsrettet sykehus. Rana har også

fagmiljøer å bygge på innen alle de vaktbærende akutfagene – dette er ryggraden i et stort akuttpsykehus. Det er viktig med tanke på den store omstillingsprosessen Helgelandssykehuset står ovenfor.

Det er enklere å supplere etablerte fagmiljøer med enkeltspesialister enn å bygge opp større avdelinger fra bunnen av. Vi anser det også som mer realistisk å beholde spesialister ved DMS-ene i fagområder som driver elektiv virksomhet enn spesialister i vaktbærende fag. Dette er avgjørende for å sikre driften i en overgangsperiode.

Ved store endringer av sykehusstruktur er det avgjørende å evne å se frem i tid og bygge en spesialisthelsetjeneste som står seg i et langtidsperspektiv. Ny teknologi, økt pasientmedvirkning og organisatoriske endringer vil flytte mye av oppfølging og behandling ut til pasientene. Mange av pasientene som i dag ligger innlagt på sykehus vil trolig kunne følges opp og motta behandling i «hjemmesykehus» og i nærheten av der de bor. Færre pasienter vil akseptere og bruke halve dagen på rutinekontroller. Dette krever alternativ tenkning rundt sykehusdrift og prioritering av ressursbruken. En lokalisering i Rana vil kunne begrense investeringer i bygg, frigjøre kapital til en pasientrettet helsetjeneste der folk bor. Fagmiljøet i Rana ønsker å være en pådriver i denne utviklingen.