



Ikke formelt behandlet i sykehusledelsen. Tatt til orientering av sykehusledelsen som supplerende informasjon i prosess for funksjons- og oppgavefordeling

Utredning av det framtidige polikliniske tjenestetilbudet i Mosjøen

Nye Helgelandssykehuset

Prosjekt	Type dokument
Nye Helgelandssykehuset	Rapport om vedtakspunkt 4 i strukturvedtaket – framtidig tjenestetilbud i Mosjøen. Innspill til konst. AD og sykehusledelsen i arbeidet med å utforme framtidig tjenestetilbud i Mosjøen
Dokumentdato:	
16. desember 2022	
Utarbeidet av:	
Prosjektet Nye Helgelandssykehuset	

1.	Sammendrag	4
2.	Innledning	4
	Vedtaks punkt 4	6
	Metode og medvirkning	7
	Sentrale faktorer	9
3.	De formelle rammene (strukturvedtaket)	10
	Begrepet poliklinikk	15
4.	Pasienttilbudet (omfang av tjenesten)	16
5.	Finansiell bæreevne (økonomi)	20
	Scenariene:	20
	Bæreevneanalyse konseptfasen steg 1	21
	Ny vurdering	21
	Sammenligning alternativ 3 i konseptfasen steg 1 med nye scenario 1	22
6.	Risiko og sårbarhet	23
7.	Innspill fra medvirkningsprosessen	24
	Om innspillene	25
	Helgelandsfunksjoner i Mosjøen	25
	Dagkirurgi	26
	Akuttpasienter	26
	Slagpasienter	26
	Polikliniske tjenester	27
	Laboratorietjenester	27
8.	Vurdering	27
9.	Innstilling	29

1. Sammendrag

Denne rapporten fra prosjektdirektøren og prosjektorganisasjonen i Nye Helgelandssykehuset er et innspill til administrerende direktør i arbeidet med å utforme det framtidige tjenestetilbudet i Mosjøen.

Til grunn for arbeidet ligger følgende dokumenter/vedtak:

- Strukturvedtakets punkt 4. - om somatisk poliklinisk tilbud i Mosjøen
- Styringsdokument for konseptfasen steg 1
- Styrets ønske om en snarlig plan for hvilke tilbud som skal gis i Mosjøen (72-2022 HSYK)
- Styrevedtak om videre arbeid med bæreevnen for å vise muligheter for å forbedre foretakets bæreevne (72-2022 HSYK)
- Styrevedtak om å fortsette arbeidet med organisasjonsutvikling og faglig innhold (127-2022 HN RHF)

Rapporten tar utgangspunkt i den langsiktige løsningen, og hvilket mulighetsrom som finnes for å sikre økonomisk bæreevne innenfor rammene av strukturvedtaket slik det framkommer i protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF den 27.01.2020. Samtidig ser vi hen til styringsdokument for konseptfasen steg 1, faglig strategisk utviklingsplan (FSU) for Helgelandssykehuset HF samt hovedprogrammet for konseptfasen steg 1 slik det er vedtatt i Helgelandssykehusets styre. Rapporten peker på ulike muligheter som gir en bedret økonomisk bæreevne innenfor rammene av strukturvedtaket, men for full økonomisk effekt vil det fordre en viss justering av de medisinskfaglige føringer som så langt har vært lagt til grunn for det eventuelle tilbudet i Mosjøen. Rapporten risikovurderer imidlertid disse endringene og konkluderer med at endringene har en akseptabel risikoprofil. Innstillingen peker på et scenario som innebærer en betydelig nedskalering av tilbudet i Mosjøen. Dette scenariet er det alternativet som faglig sett i størst grad understøtter etableringen av hovedsykehuset. Samtidig gir dette scenariet den beste økonomiske bæreevnen i prosjektet innenfor rammene av strukturvedtaket.

I søken etter muligheter for å bedre foretakets bæreevne har prosjektet vurdert mulighetene for å gjennomføre strukturvedtaket før en eventuell investeringsbeslutning gjøres og byggeprosjektet gjennomføres. Vedlegg 1 viser at det med visse tilpasninger er mulig å overføre store deler av dagens virksomhet i Mosjøen til Sandnessjøen rent arealmessig.

Rapporten gir ikke en detaljering av hovedalternativet i den pågående konseptfasen, ei heller de implisitte føringene for bygg og infrastruktur, ettersom dette hører hjemme i konseptfasens steg 2.

2. Innledning

Denne rapporten tar for seg problemstillingene knyttet til strukturvedtaket for Nye Helgelandssykehuset pkt. 4 slik det framkommer i protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF den 27.01.2020:

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

Rapporten belyser problemstillingen i en lang tidshorison: En ny sykehusstruktur skal gjelde for mange tiår framover. Demografisk utvikling, medisinsk og teknologisk utvikling og et endret sykdomspanorama vil stille andre krav til hvordan tjenestene skal tilbys i framtida. Det krever

endringer i strukturer og organisering. Erfaringer fra andre eksempler med flytting av arbeidsplasser viser at situasjonen har stabilisert seg etter ett til fem år¹. Samfunnsanalysen (2019) viser at om ti år vil over halvparten av de ansatte i Helgelandssykehuset være ansatte som ikke arbeider der i dag.

Anbefalingene i denne rapporten er skrevet med det lange tidsperspektivet for øye, og beskriver en fremtidig situasjon der føringene i strukturvedtaket er realisert. Rapporten tar ikke stilling til *når* de ulike endringene eventuelt skal iverksettes, men indikerer ulike strategier for iverksetting.

Samtidig som rapporten holder opp det langsiktige perspektivet, tar den innover seg de endrede forutsetningene i prosjektet forårsaket av den økonomiske situasjonen i foretaket og helseregionen som helhet. Lånesøknad er utsatt og eventuelt byggeprosjekt er satt på vent (styresak 97-2022 HN RHF). Styret i Helse Nord RHF har imidlertid bedt Helgelandssykehuset fortsette arbeidet med organisasjonsutvikling og faglig innhold i henhold til strukturvedtaket (styresak 127-2022 HN RHF). Styret i Helgelandssykehuset HF har i styresak 72-2022 bedt administrasjonen om å arbeide videre med bæreevneanalysen med den hensikt å vise muligheter for å forbedre foretakets finansielle bæreevne. Rapporten viser, gjennom de ulike scenarioene som presenteres, mulighetene for å innfri føringene gitt gjennom strukturvedtaket og styringsdokumentet *før* et eventuelt større byggeprosjekt gjennomføres, det vil si i interimfasen. Den viser hvordan en tidligere gevinstrealisering kan iverksettes ved å initiere strukturendringer uavhengig av byggeprosjektet. En tidlig iverksetting av strukturvedtaket kan føre til at prosjektet bedrer sin økonomiske bæreevne gjennom opparbeiding av økt egenkapital som følge av tidligere realisering av årlige strukturelle kostnadsreduksjoner. Dette fordrer selvsagt at foretaket som helhet kommer tilbake til økonomisk balanse uavhengig av disse tiltakene. Som kjent består økonomisk bæreevne av to komponenter: Egenkapital og foretakets evne til å bære lånefinansiering på egne bøker. Det siste kan bare oppnås gjennom å iverksette varige kostnadsreduksjoner (gevinstrealisering) som i tilstrekkelig grad bidrar til at foretaket kan bære et framtidig låneopptak.

I foretaksmøte i Helse Nord RHF 9.11.2022 presiseres det at utfordringene i regionen *“gjør det nødvendig med omstillingsarbeid av mer langsiktig karakter for å understøtte en bærekraftig utvikling av tjenesten”*, og at *“det er naturlig å se på tiltak som innebærer endringer i funksjons- og oppgavedeling, på en måte som også styrker fagligheten og kvaliteten i pasienttilbudet”*. En snarlig effektivisering av strukturvedtaket vil etter prosjektets mening være en omstilling av langsiktig karakter som vil understøtte en bærekraftig utvikling av tjenesten.

Prosjektet er fortsatt i konseptfasen. Utredninger og anbefalinger på dette stadiet handler i hovedsak om hvilken infrastruktur som skal planlegges for framtidens drift - hvilke arealmessige, organisatoriske, faglige og økonomiske forhold det skal legges til rette for. Spesifikt hvilke tilbud som skal gis i Mosjøen og omfanget av disse vil til enhver tid avhenge av behov og ressurser. Det vil være opp til linjeorganisasjonen i Helgelandssykehuset å drifte innenfor de organisatoriske, arealmessige og finansielle rammene som blir satt.

¹ Styresak 137-2019 HN RHF

Vedtaks punkt 4

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

Vedtaks punkt 4 tolkes til å inneholde tre ulike forhold som vurderes i konseptfasen:

1. Utrede en etablering av et poliklinisk tilbud i Mosjøen
2. Utrede om, og eventuelt hvordan, kommunale helsetjenester kan samlokaliseres med eventuelle polikliniske tilbud i Mosjøen
3. Utrede og vurdere et eventuelt behov for somatiske helsetjenester til pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling

Denne utredningen handler i all hovedsak om det framtidige polikliniske tilbudet i Mosjøen. Forståelsen av vedtaks punktet knyttet til dette utdypes nedenfor.

Når det gjelder samlokalisering med kommunale helsetjenester er dette drøftet med Vefsn kommune, som i brev til Helse Nord RHF datert 25.10.2022 skriver følgende: *«Vefsn kommune har kommunisert at det er viktig at vi vet hva som blir igjen av spesialisthelsetjenester før vi kan gå videre med dette punktet [spørsmålet om samlokalisering]»*. De ulike kommunenes innspill angående spesialisthelsetjenestetilbudet framkommer i vedlegg 3.

Spørsmålet om behov for somatisk tilbud til pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling, slik det adresseres i vedtaks punkt 4, ble av klinikk for psykisk helsevern og rus besvart på følgende måte under arbeidet med faglig strategisk utviklingsplan (FSU):

«Gruppen anbefaler at behovet somatiske helsetjenester til polikliniske pasienter følges opp av fastlege. Dette henger sammen med prinsippene om fastlege som koordinator for helsetjenester. Terapeut i poliklinikk vil melde tilbake til fastlege behov som avdekkes i konsultasjonene. Det poengteres at det kan være behov for samarbeid med fastlege om slik oppfølging.»

For innlagte pasienter innen TSB og psykisk helsevern gjelder i prinsippet de samme føringene som for pasienter som går til poliklinisk oppfølging, men i tillegg vil det kunne oppstå behov for somatiske avklaringer mens pasienten er innlagt. Gruppen peker på at samarbeid med de indremedisinske fagene, nevrologi og laboratoriefunksjoner er viktig i denne sammenheng. BUP har behov for samhandling med pediater i tillegg. Helgelandssykehuset vil ivareta dette behovet på samme måte som vi gjør for alle innlagte pasienter med behov for vurderinger på tvers av medisinske spesialiteter, nemlig ved bruk av interne tilsyn. Dette gjøres uavhengig av geografisk lokalisasjon og da enten virtuelt eller fysisk avhengig av problemstilling. Som eksempel på lab-tjenester særlig relevant for pasienter innen TSB og psykisk helsevern nevnes måling av legemiddelkonsentrasjon i blodet, eller såkalt "serumspeil". Dette kan være prøver som gjerne må sendes, men det presiseres betydningen av at blodprøven blir tatt, pakket og sendt riktig. Noen bildediagnostiske utredninger er også etterspurt, men ikke som hastesaker. For akutt somatisk tilstander hos pasienter innen TSB og psykisk helsevern som følges opp i poliklinikk, ved hjelp av ambulante tjenester eller som er innlagt skal det ordinære akuttmedisinske apparatet aktiveres som for befolkningen forøvrig.

Metode og medvirkning

Rapporten er utarbeidet av prosjektet Nye Helgelandssykehuset², som også har stått ansvarlig for planlegging og gjennomføring av medvirkningsprosessen. Sykehusbygg HF har bidratt med notatet *Vurdering av ulike scenarier for virksomheten i Mosjøen i en interimfase* (vedlegg 1), mens Deloitte har bistått i arbeidet med bæreevneanalyser av de ulike scenariene (kap. 5). I tillegg til de medisinskfaglige ressursene i prosjektet har en indremedisinsk fagressurs³ fra Helgelandssykehuset bidratt med vurderinger og kommentarer knyttet til indremedisinske spørsmålsstillinger. Klinikksjef prehospitaltjenester har bidratt i arbeidet med å identifisere risikoområder og risikofaktorer i ROS-analysen, sammen med ressursene nevnt over.

Nye Helgelandssykehuset har gjennomført et betydelig arbeid for å legge til rette for medvirkning fra brukerrepresentanter, ansatte, involverte kommuner og fastleger på indre Helgeland (se tabell 2). Dette er gjort for å sikre et så bredt og godt datagrunnlag som mulig for utredningen knyttet til det framtidige tilbudet i Mosjøen. I den siste innspillsrunden ble følgende skjema brukt som metodikk:

Innspill: Tekst	
Problem vi ønsker løst: Tekst	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none">• Faglig<ul style="list-style-type: none">– Tekst• Bemanningsmessig<ul style="list-style-type: none">– Tekst• Økonomisk<ul style="list-style-type: none">– Tekst• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none">– Tekst	<ul style="list-style-type: none">• Faglig<ul style="list-style-type: none">– Tekst• Bemanningsmessig<ul style="list-style-type: none">– Tekst• Økonomisk<ul style="list-style-type: none">– Tekst• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none">– Tekst
Kompenserende tiltak: Tekst	
Behov for faktagrunnlag: Tekst	

Tabell 1 - skjema for tilbakemeldinger

Fagmiljøene og andre interessenter ble bedt om å komme med innspill på hva de ser for seg av framtidig tjenestetilbud i Mosjøen, hvilke problemer/utfordringer de ønsker løst ved å tilby disse tjenestene her, og hva som taler for (pro) og mot (con) sett opp mot faglige og bemanningsmessige forhold, økonomi og innholdet i strukturvedtaket. Alle innspill er samlet i vedlegg, og er kommentert og vurdert av prosjektet i vedlegg 4. Vurderingene omtales i kapittel 8.

Ansatte i somatisk virksomhet i Mosjøen har også fått anledning til å gi innspill og tilbakemeldinger gjennom en anonym Questback-undersøkelse. Svarene ga uttrykk for lav pendlingsvilje og sterk uro for tap av fagmiljø/tjenester dersom disse flyttes fra Mosjøen. Undersøkelse ga samtidig konstruktive innspill om hva som må til av virkemidler og praktisk tilrettelegging for at ansatte skal se for seg en arbeidshverdag med noe pendling. Det kom også konkrete tilbakemeldinger på hvordan

² Prosjektleder Ole Hope, klinisk koordinator Michael Strehle, prosjektleder Merethe Myrvang, rådgiver Eystein Hauge

³ Monica Storkjærren, overlege med. klinikk

Helgelandssykehuset best legger til rette for faglig utvikling på tvers av lokalisasjoner, fag og klinikker. Innspill fra Questback-en er innarbeidet i ROS-analysen (kap. 6).

Rapporten er en leveranse fra prosjektet til konst. administrerende direktør i Helgelandssykehuset, og vil inngå som en del av saksunderlaget når AD fremmer sak om framtidig tjenestetilbud i Mosjøen for styret i Helgelandssykehuset HF. Før saken kommer til styret skal den behandles i foretaksledelsen, drøftes med tillitsvalgte og behandles i AMU og brukerutvalget.

Møteserie 2022 - framtidig tjenestetilbud i Mosjøen	
Dato	Møte med:
02.02.2022	Vefsn kommune
02.02.2022 (Teams)	Hattfjelldal kommune
03.02.2022 (Teams)	Grane kommune
09.03.2022	Vefsn kommune
23.03.2022	Intern workshop ved Helgelandssykehuset Mosjøen
28.03.2022	Hattfjelldal og Grane
19.04.2022	Møte mellom medisinsk koordinator og Vefsn kommune
02.05.2022	Møte mellom kommunalsjef Vefsn kommune og prosjektdirektør
03.05.2022	Møte med fastleger fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal
08.09.2022	Ledere ved Helgelandssykehuset Mosjøen
08.09.2022	Grane kommune, Hattfjelldal kommune, Vefsn kommune
08.09.2022	Fastleger Grane, Hattfjelldal og Vefsn
08.09.2022	Brukerutvalget
22.09.2022	Repr. for fagmiljø ved Helgelandssykehuset Mosjøen
22.09.2022	Grane kommune, Vefsn kommune
22.09.2022	Berammert møte med fastleger fra Grane, Hattfjelldal, Vefsn
23.09.2022	Brukerutvalget
06.10.2022	Utvalgte ansatte fra Helgelandssykehuset
06.10.2022	Grane kommune, Vefsn kommune
03.11.2022	Alle ansatte ved Helgelandssykehuset Mosjøen
10.11.2022	Grane kommune, Hattfjelldal kommune, Vefsn kommune
29.11.2022	Lederlinja, tillitsvalgte og vernetjeneste i Mosjøen
30.11.2022	Ansatte i Mosjøen
14.12.2022	Ansatte i Mosjøen

Tabell 2 – Oversikt over medvirkningsmøter

Rammen for medvirkning i en konseptfase for nye sykehus defineres av "[Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter](#)", kapittel 11. (Sykehusbygg HF, 2017). Kommunal medvirkning er i veilederen kun nevnt i forbindelse med lokaliseringsanalysen. Det betyr at det etter gjeldende føringer fra Sykehusbygg og deres eiere, det vil si de regionale helseforetakene, ikke påligger Nye Helgelandssykehuset å søke kommunal medvirkning i tidligfasen. Når Nye Helgelandssykehuset likevel gjør dette er det fordi vi mener det klart er i tråd med intensjonen i lovverket og andre nasjonale føringer. Vi tror også at tjenesten blir bedre på alle forvaltningsnivå når vi øker graden av samhandling. Vi poengterer dette innledningsvis fordi ordlyden i første setning av vedtaks punkt 4 kan tolkes som om det antydes at det er opp til Helgelandssykehuset å avgjøre lokaliseringen av kommunale helsetjenester i Mosjøen. Det er det selvfølgelig ikke, like lite som det er opp til de

kommunale helsetjenestene i Mosjøen å avgjøre hvor Nye Helgelandssykehuset skal levere sine spesialisthelsetjenester. En eventuell samlokalisering med kommunale helsetjenester forutsetter en fortsatt tett dialog med spesielt Vefsn kommune.

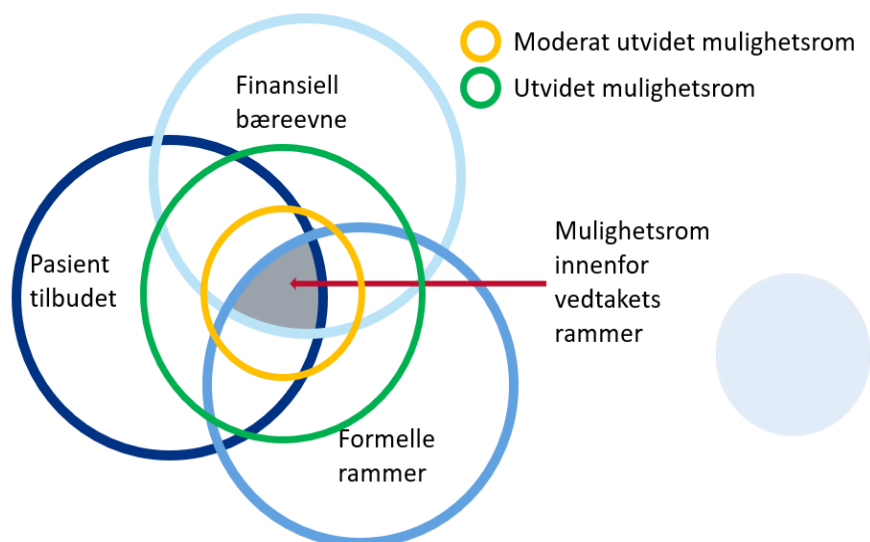
Sentrale faktorer

Når prosjekt Nye Helgelandssykehuset har utredet og senere konkludert hva som anbefales som det framtidige polikliniske tilbudet i Mosjøen, har fire sentrale faktorer - som alle har relevans for effektmålene i prosjektet - vært lagt til grunn:

- Strukturvedtaket
- Kvalitet i tjenesten
- Økonomi
- Risiko

Prosjektet legger til grunn at det faglige innholdet vil bli ivaretatt basert på de overordnede beslutningene om at Helgelandssykehuset skal være ett sykehus på to lokalisasjoner (vedtakspunkt 2 i strukturvedtaket, se kapittel 3). Denne beslutningen legger til grunn at en fordeling av fagressursene på færre lokalisasjoner bidrar til samling av fagmiljøene og gjennom det etablerer mer robuste strukturer i fremtiden. Det skal imidlertid ikke underslås at Helgelandssykehuset kan få midlertidige utfordringer knyttet til enkelte fagområder når strukturvedtaket effektueres. Dette kommer til syne i risiko- og sårbarhetsanalysen som er gjennomført.

I figur 1 er det skissert ulike mulighetsrom i Mosjøen, avhengig av hvor omfattende det framtidige tilbudet blir. Jo større pasienttilbudet i Mosjøen blir, desto bedre vil gjerne tilbudet oppleves for lokale pasienter som gjerne ønsker nærhet til tjenestene. På den annen side vil foretakets samlede økonomiske bæreevne og faglige robusthet på lang sikt påvirkes negativt jo bredere og mer omfangsrikt dette tilbudet blir. Strukturvedtakets intensjon om et sykehus med robuste fagmiljøer vil kunne utfordres jo bredere og mer omfangsrikt tilbud som etableres i Mosjøen, og det kan bli vanskeligere å innfri de vedtatte målene for prosjektet.



Figur 1 – Skisse over mulighetsrom innenfor strukturvedtakets rammer

Prosjekt Nye Helgelandssykehuset har i sitt analysearbeid vurdert disse ulike faktorene opp mot hverandre parallelt med vurdering av alle innspill som er mottatt i medvirkningsprosessen.

I det etterfølgende vil de formelle rammene (strukturvedtaket), pasienttilbudet i Mosjøen (omfang av tjenesten), finansiell bæreevne (økonomi) samt risiko bli gjennomgått i egne kapitler. Videre følger et kapittel hvor de ulike innspillene vurderes i forhold til de ulike mulighetsrommene, jfr. figur 1. Dokumentet avsluttes med et kapittel som redegjør for prosjektets vurdering og et kapittel som presenterer prosjektets anbefaling.

3. De formelle rammene (strukturvedtaket)

Spesialisthelsetjenestetilbudet på Helgeland skal endres strukturelt. Dette fremkommer av strukturvedtaket helseministeren formidlet til Helse Nord RHF i foretaksmøte 27.01.2020.:

1. Styret i Helse Nord RHF viser til adm. direktørs saksframlegg og anbefaler at arbeidet med konseptfasen for prosjekt Helgelandssykehuset 2025 gjennomføres i tråd med saksutredningen.
2. Strukturen på det somatiske tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset skal baseres på modellen med ett sykehus som etableres på to lokasjoner som følger:
 - a. Helgelandssykehuset Sandnessjøen etableres som helseforetakets hovedsykehus med følgende funksjoner: Akutt sykehus med indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaksamarbeid med Nordlandssykehuset). Det foreslås videre at Helgelandssykehuset Sandnessjøen skal ha urologi, plastikk-kirurgi, spesialisert rehabilitering/fysikalsk medisin, og øre-nese-hals som krever sengekapasitet.
 - b. Helgelandssykehuset Mo i Rana etableres som akutt sykehus: Indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, ortopedi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaksamarbeid med Nordlandssykehuset HF).
 - c. DMS i Brønnøysund planlegges som forutsatt.

Helseforetakets hovedkontor og ledelse legges til hovedsykehuset i Sandnessjøen.

3. Sykehuset i Mo i Rana lokaliseres ved nåværende bygningsmasse. Lokaliseringen av sykehuset i Sandnessjøen og omegn avgjøres i konseptfasen.
4. I konseptfasen utredes etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen. Som del av utredningen vurderes også det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern.
5. Styret forutsetter at Helgelandssykehuset HF skal drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokalisasjoner. Befolkningen skal møte en kunnskapsbasert praksis, og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med kvalitet.
6. Styret ber om at tjenestetilbudet i rus og psykisk helsevern videreutvikles med basis i dagens DPS-struktur med sengekapasitet og poliklinikker. I konseptfasen må det også gjøres en vurdering av hvordan det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og rus skal styrkes innen framtidig struktur, jf. nasjonale målsettinger.

7. Styret ber adm. direktør om å sørge for at Helgelandssykehuset HF gjennomgår plan for prehospitaltjenester så raskt som mulig.
8. Styret ber adm. direktør om å ta initiativ til et samarbeid med Nord universitet om videreutvikling av sykepleierutdanningen på Helgeland slik at kapasiteten økes, rekrutteringen kan styrkes og praksisplassene i spesialisthelsetjenesten brukes til å utdanne sykepleiere.
9. For å styrke rekrutteringen av leger på Helgeland ber styret adm. direktør om å ta initiativ til et samarbeid med Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet slik at medisinstudenter får gjennomført 5. og 6. år av utdanningen på Helgeland, etter modell fra Bodø og Hammerfest.
10. Helgelandssykehuset har ansvar for spesialisthelsetjenesten til den sørsamiske befolkningen på Helgeland. Styret forventer at det legges til rette for et godt tilbud til den sørsamiske befolkningen i den nye strukturen.

Som begrunnelse for strukturendringene har Helse Nord RHF i styresak 137-2019 lagt til grunn følgende:

1. *«Vårt sørge-for-ansvar overfor befolkningen for å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det.»*
2. *«Det må utvikles løsninger som både for Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF er bærekraftige - både faglig, for rekruttering og økonomisk.»*

Den faglige utvikling og robusthet vil kreve fagmiljø av noe størrelse. Jo flere enheter fagmiljøet spres over, jo mindre robuste blir miljøene. Helse Nord RHF har vektlagt problemstillingen rundt det å rekruttere og beholde fagfolk som sentralt. Det regionale helseforetaket legger vekt på følgende faktorer i styresak 137-2019:

- større fagmiljø
- interessante arbeidsoppgaver
- bredt, differensiert behandlingstilbud
- jobbmuligheter for partner
- barnehagedekning
- kort arbeidsreise

Tabell 3 illustrerer strukturvedtakets føringer for fagområder og lokalisering. I arbeidet med faglig strategisk utviklingsplan ble ordet "foreslått" tolket som "skal" med mindre det var tungtveiende medisinske grunner til å avvike fra dette.

Fagområde/lokasjon	SSJ (akuttssykehus)	MIR (akuttssykehus)	MSJ (polikliniske tjenester)	DMS Sør-Helgeland
Hovedkontor og ledelse	Skal			
Indremedisin	Skal (med akuttberedskap)	Skal (med akuttberedskap)		
Generell kirurgi	Skal (med akuttberedskap)	Skal (med akuttberedskap)		
Ortopedi		Skal (med akuttberedskap)		
Føde	Skal (med akuttberedskap)	Skal (med akuttberedskap)		x (fødestue)
Anestesi	Skal (med akuttberedskap)	Skal (med akuttberedskap)		
Urologi	Foreslått			
Plastikkirurgi	Foreslått			
Rehabilitering/FMR	Foreslått			
ØNH	Foreslått (senger)			
Laboratoriefunksjoner	Skal	Skal	Utredes	
Radiologi	Skal (vakt samarbeid med NLSH)	Skal (vakt samarbeid med NLSH)	Utredes	x (CT, gen rgt, ultralyd)
Poliklinikk			Utredes	x (hjerne, lunge, nyre, diabetes)
Kjemoterapi				x
Dialyse				x
Palliasjon				x
Akuttmottak				
Legevakt/kommunal øhj				x
PHV/rus	Skal	Skal	Skal	Skal
VOP/BUK	Skal	Skal	Skal	x
Kommunale tjenester	Utredes	Utredes	Utredes	x (døgnplasser)

Skal
Foreslått
Utredes
Eget prosjekt

Tabell 3 – Oversikt over fagområder og lokalisering jf. strukturvedtaket

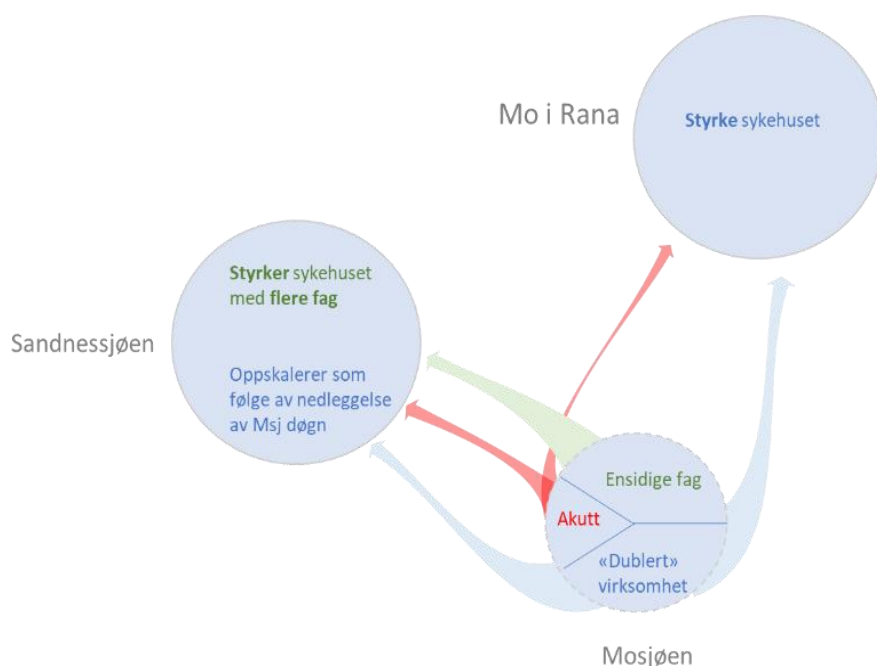
Gjennom arbeidet med faglig strategisk utviklingsplan (FSU) kom Helgelandssykehuset fram til en funksjonsdeling som vist i tabellen under (tabell 4). Alle helgelandsfunksjoner som i dag er plassert i Mosjøen er her flyttet over til Sandnessjøen. Tabellen er gjengitt i styringsdokument for konseptfasen steg 1, godkjent av styrene i Helgelandssykehuset HF (sak 44-2022) og Helse Nord RHF (sak 48-2022). Den nye funksjonsfordelingen innfrir Helse Nord RHF's definisjon av "hovedsykehus" ved å ha den bredeste fagporteføljen, i tillegg til å være foretakets hovedkontor inkludert ledelse (styresak 109-2021 HN RHF).

Tabell 8 – Fordeling av kliniske spesialiteter, FSU 2021

	Mosjøen (pol, dag, ambul)	Sandnessjøen	Mo i Rana	DMS Sør- Helgeland	
Anestesi		x	x		
Akutt og mottaksmedisin*					
Indremedisin					
Endokrinologi**					* akutt- og mottaksmedisin: omfang og innfasing skal vurderes i konseptfasen (sak 137-2019)
Fordøyelsesykdommer					
Blodsykdommer**					
Geriatrici		x	x		
Hjertesykdommer				avtalespes	** Prioriterte nyetableringer fra steg 0: blodsykdomme, onkologi, endokrinologi og infeksjonsmedisin.
Infeksjonssykdommer**					*** I denne tabellen er inndeling av tilbudene i psykisk helsevern, TSB og HAB ulikt satt opp sammenlignet med de somatiske fagene.
Lungesykdommer					Spesialitetene er psykiater, psykologspesialist og spesialist i rus og avhengighetsmedisin
Nyresykdommer					**** Gjelder også andre relevante profesjonsgrupper spesialiteter
Fysikalsk medisin og rehabilitering		x			
Nevrologi		x			
Onkologi**					
Ravmatologi			x		
Hud og veneriske sykdommer		x	avtalespes		
Barnesykdommer		x			
Generell kirurgi		x	x		
Gastroenterologisk kirurgi		x	x		
Plastikkirurgi		x			
Ortopedisk kirurgi			x		
Urologi		x (tilpasset akuttberedskap)			
Fødsels hjelp og kvinnesykdommer		x	x	x (fødestue)	
Øre-nese-hals sykdommer		x			
Øye	avtalespes	x		avtalespes	
Laboratoriemedisin og blodbank	x	x	x	x	
Bilde	Rtg (CT utredes)	x	x	x	
Psykisk helsevern voksne	x	x	x	x	****
Psyk barn og unge	x	x	x	x	
TSB	x	x	x	x	
HAB	x	x	x	x	
Spesialavdeling: Nevropsykologi	x				
Avtalespes Psykologi/psykiater		Avtalespes. (Vlvingen)	avtalespes		
Dagbehandling	x	x	x	x	*****
Dialyse	x	x	x	x	
Sykepleierdrevet poliklinikk ****	x	x	x	x	
Lysbehandling	x	x	avtalespes	x	
audiometri (hørsel).	x	x	x	x	

Tabell 4 – Oversikt, kliniske spesialiteter. Fra styringsdokumentet for konseptfasen steg 1

Når vi i denne rapporten lanserer scenarier som avviker noe fra tabellen over, er det med bakgrunn i styrevedtak fra Helgelandssykehuset (72-2022), der administrasjonen blir bedt om å se på hvilke grep som kan gjøres for å forsterke foretakets økonomiske bæreevne.



Figur 2 – Konsekvenser av strukturvedtaket⁴

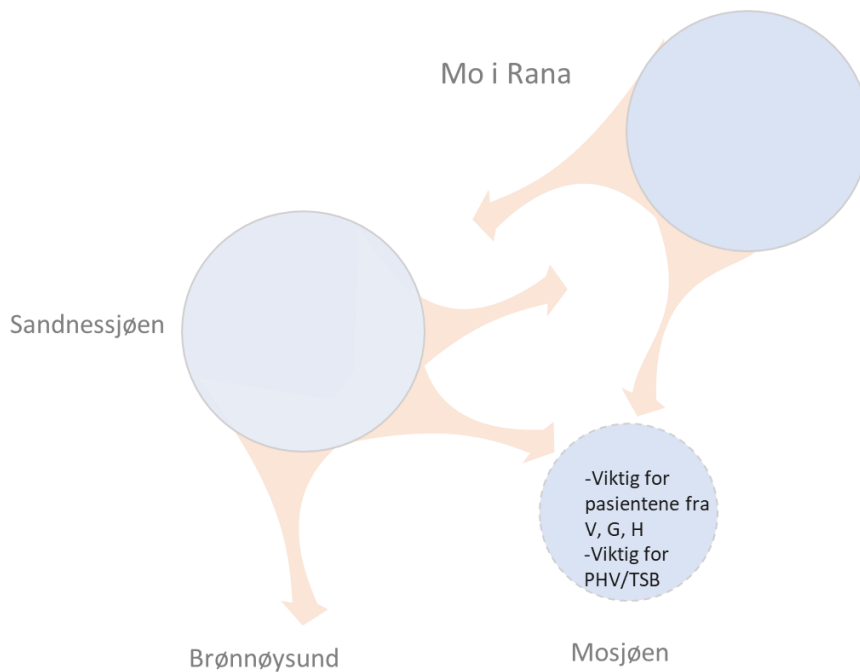
Figur 2 illustrerer en situasjon der all aktivitet i Mosjøen er overført til akutt sykehusene, spesielt til hovedsykehuset i Sandnessjøen. Imidlertid er det mulig at noe aktivitet føres tilbake til Mosjøen jfr. strukturvedtaket pkt. 4. «I konseptfasen utredes etablering av polikliniske somatikk-tilbud [...] i Mosjøen. [...]».

I prosjektets arbeid med rapporten har vi lagt til grunn følgende forståelse av «utredes» og «etablering»:

- «Utredes» betyr at muligheter skal vurderes og analyseres.
- «Etablering» betyr at det pr. definisjon ikke er noe der, men man skal utrede om noe skal etableres.

Et mulig tilbud i Mosjøen kan illustreres med figur 3 under. Her tas det høyde for at tilbudene er etablerte og hjemmehørende i ett av akutt sykehusene, men at noe tilbud – etter vurdering og behov – også kan leveres i Mosjøen, på samme måte som tjenester leveres f.eks. til DMS i Brønnøysund eller mellom akutt sykehusene.

⁴ Med ensidige fag menes fag som finnes i kun ett av sykehusene (Helgelandsfunksjon)



Figur 3 – Tjenester i Mosjøen utgår fra baser i sykehusene

I hovedprogrammet, vedtatt gjennom behandling av styresak 72-2022 i Helgelandssykehuset HF, beskrives samlingen av funksjoner i sykehusene (basene) på følgende måte: «Vedtatt fordeling av funksjoner er utviklet videre gjennom faglig strategisk utviklingsplan og lagt til grunn i styringsdokumentet (kap. 4.8). [...] Det er forutsatt at byggene legger til rette for ambulerende spesialisttjenester fra «basene» til andre lokaliseringer, men dette vil avhenge av organisering og tilgang til kompetanse.» Kapittel 1.3.1 i hovedprogrammet viser hvordan fremskrivningene som er gjort for det framtidige sykehustilbudet i Sandnessjøen tar utgangspunkt i en situasjon der den somatiske virksomheten i Mosjøen og Sandnessjøen er slått sammen: «Helgelandssykehuset Sandnessjøen somatisk sektor, hvor Sandnessjøen og Mosjøen slås sammen til Helgelandssykehuset Sandnessjøen i henhold til strukturvedtak.»

På den annen side legges det til grunn, gjennom foretaksprotokollen i Helse Nord RHF fra 27.01.2020 og styringsdokument for konseptfasen steg 1, at pasienter med særlige og repetitive behov for spesialisthelsetjenester får dekket sine behov for spesialisthelsetjenester lokalt: «Pasienter med vanlige sykdommer, kroniske tilstander, psykiske helseutfordringer og rusavhengighet skal få flest mulig tjenester lokalt.»

Begrepet poliklinikk

Begrepet “et poliklinisk tilbud” står sentralt i strukturvedtaket og diskusjonene rundt tjenestetilbudet i Mosjøen. I dagligtalen benyttes gjerne begrepet “poliklinisk” om utredning eller behandling som utføres uten at pasienten legges inn på sykehus. I sykehusøkonomien er derimot pasientforløpene ytterligere differensiert. Ser vi bort fra basisfinansieringen deles inntektsstrømmene (ISF-inntektene) til helseforetakene i all hovedsak inn i følgende grupperinger basert på omsorgsnivå:

- Døgnbehandling
- Dagbehandling
- Poliklinisk behandling
- Forløpsfinansiering (TFG; Tjenesteforløpsgrupper, fra 2019)

TFG er et nytt aggregeringsnivå for å samle og finansiere samme type helsetjenester i og utenfor sykehus. Finansieringen beregnes da per pasient per år, det vil si samlet for alle opphold som inngår i den aktuelle TFG. Dette gjelder etter det vi forstår per i dag for dialyse og utvalgte diagnosegrupper for legemiddelbehandling. Dialyse tilhører omsorgsnivå dagbehandling, mens de andre TFG-kodene er knyttet til poliklinisk behandling innen fagområdene nevrologi og medisin.

De ulike omsorgsnivåene har ulike gjennomsnittskostnader, og følgelig er de også kompensert i ISF-systemet med ulike inntekter. Enkelt og generelt sagt vil en behandling som er så avgrenset at den kan løses på det polikliniske omsorgsnivået kun utløse polikliniske ISF-inntekter, som er lavere enn inntekter knyttet til tjenester definert som dagbehandling. På tilsvarende vis er tjenester definert som dagbehandling lavere kompensert enn tjenester definert som døgnbehandling.

Når det i vedtaks punkt 4 står at det "i konseptfasen utredes etablering av polikliniske somatikk-tilbud..." legger Nye Helgelandssykehuset følgelig til grunn at det er snakk om tjenester som enten finansieres som "poliklinisk behandling" eller "tjenesteforløpsgrupper" (TFG). Bildediagnostikk og laboratorietjenester har en egen særfinansiering som vi ikke går nærmere inn på her, men vi legger til grunn at disse tjenestene er polikliniske i sin natur.

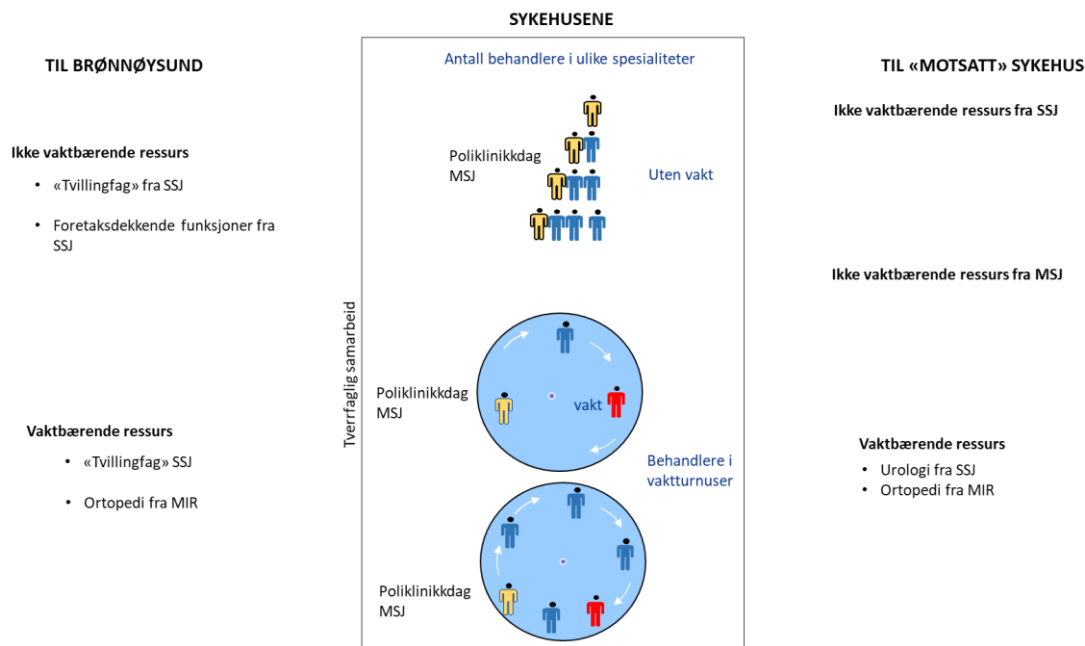
4. Pasienttilbudet (omfang av tjenesten)

Nye Helgelandssykehuset legger til grunn at det er to grunnleggende motsetninger som må veies mot hverandre når vi skal utrede et poliklinisk tilbud i Mosjøen:

- På den ene siden er det klart i pasientenes interesse å skape så robuste medisinske fagmiljø som mulig på Helgeland, både hva gjelder det å samle de ulike grenene innen den enkelte medisinske spesialitet, men også den robusthet som oppstår ved at ulike medisinske spesialiteter er samlokalisert med hverandre og effektivt kan gi den enkelte pasient en multidisiplinær vurdering.
- På den annen side vil det ofte være i pasientens interesse å reise kortest mulig for å kunne motta de spesialisthelsetjenester han eller hun trenger.

Flere interessenter har pekt på ambulering til Mosjøen som en måte å sikre god og fysisk tilstedeværelse av spesialister til befolkningen i Grane, Hattfjelldal og Vefsn. Nye Helgelandssykehuset må veie dette ønsket opp mot hva det medfører av faglig svekkelse på de to akuttsykehusene.

Store sykehus med mange spesialister vil lettere kunne avgi ressurser til ambulering enn mindre sykehus.



Figur 4 - illustrasjon ambulering

Som det fremgår av figuren over fra Sykehusbygg HF vil en “moderavdeling” på et akutt sykehus typisk måtte avsette en eller flere leger til vaktjeneste (farget rød). I tillegg skal de andre daglige funksjonene ved avdelingen ivaretas (farget blå). En stor avdeling (nederste sirkel) med mange spesialister vil lettere kunne avgi en ressurs til ambulering (farget gul) enn en liten avdeling med få spesialister.

Det er følgelig sårbart å spre relativt små fagmiljø på Helgeland tynt over flere lokalisasjoner. Spesialistene skal heller ikke bare yte konsultatorisk helsehjelp til pasienter i en poliklinikk, men vil i løpet av sin hverdag typisk også bidra til å følge opp inneliggende pasienter samt gjennomføre prosedyrer og inngrep slik det vil være tilrettelagt for på akutt sykehusene. I tillegg skal spesialistene dessuten veilede leger i spesialisering (LIS2-3) og LIS1-leger (turnusleger). Etter planen skal Helgelandssykehuset også motta 6.-års medisinstudenter fra 2024. Når de to akutt sykehusene allerede skal sikre en ambulering av tjenester til DMS-et i Brønnøysund sier det seg selv at handlingsrommet for ytterligere ambulering til Mosjøen er begrenset.

Flere og flere spesialisthelsetjenester kan, takket være ny teknologi, leveres desentralt uten at spesialisten selv trenger å desentraliseres fysisk. Helse rom Helgeland (under etablering i Brønnøy og Rødøy), der pasienter kan få hjelp til å møte spesialister lokalisert i Sandnessjøen eller på Mo, er et godt eksempel på dette. Videre ser vi at utviklingen av spesialisthelsetjenester som kan leveres i hjemmet skyter fart. Nye Oslo Universitetssykehus legger eksempelvis opp til at 30 % av deres polikliniske tjenester skal leveres digitalt fra rundt 2030. Endelig ser vi at Vestre Viken HF nå planlegger med en [dynamisk oppfølgingsmodell](#) av kronikere der pasientene, fremfor å ha faste fysiske møtepunkt i poliklinikkene, følges opp digitalt og så, basert på behov, eventuelt raskt får tildelt en fysisk time de gangene dette er nødvendig.

Prosjektorganisasjonen til Nye Helgelandssykehuset baserer seg på de vurderinger som er gjort i faglig strategisk utviklingsplan (FSU), men mener at ved en prioritering av disse føringene veiet opp mot målet om å bidra til økonomisk bæreevne i prosjektet, bør følgende fire aspekter vektlegges med tanke på hvilke spesialisthelsetjenester som kan vurderes desentralisert fysisk til Mosjøen:

1. Først har vi sett til de fire prioriterte gruppene i omtalt under helsefelleskapene i Nasjonal helse- og sykehusplan (tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer samt skrøpelige eldre)
2. Dernest har vi sett til hvem som mottar spesialisthelsetjenester hvor tjenestene i begrenset grad kan leveres hjemme eller er avhengig av utstyr som vanskelig lar seg flytte
3. Deretter frekvensen av behovet for denne behandlingen
4. Endelig den individuelle ulempen lang reisevei fra hjemmet til behandlingsstedet påfører pasienten

Vi mener det er visse enkelttjenester hvor summen av disse aspektene må veie tyngre enn det faglige behovet for sentralisering for å skape robuste tjenester. For å illustrere vår tankegang kan vi ta utgangspunkt i en dialysepasient bosatt i Mosjøen. Sett hen til de fire aspektene over vil en dialysepasient sannsynligvis være omfattet av en av de fire prioriterte gruppene nevnt under helsefelleskapene. Videre vil dialyse ha visse begrensninger knyttet til hvem som er i stand til å motta et slikt tilbud hjemme. Dernest foregår behandlingen hyppig og avstanden fra Mosjøen til Sandnessjøen tilsier at en slik reise tre ganger i uken medfører en ulempe av en viss betydning for en alvorlig kronisk syk pasient.

For å videre synliggjøre hva vi legger i ordet “kvalitet” knyttet til pasienttilbudet har Nye Helgelandssykehuset sett hen til den Harvard-baserte teorien om value based health care. Kort fortalt baserer teorien seg på kvalitet delt på kostnad. Kostnaden tar utgangspunkt i time-driven activity based costing, mens kvaliteten defineres av et utvalg indikatorer som består både av såkalte PREM, PROM og CROM-data. Med PREM-data menes “patient reported experience measures” (pasientrapportert opplevelse av helsehjelpen), med PROM-data menes “patient reported outcome measures” (pasientrapporterte resultater av helsehjelpen) og med CROM-data menes “clinical reported outcome measures” (klinikerrapporterte resultater av helsehjelpen).

I eksempelet med dialyse-pasienten bosatt i Mosjøen vil vi anta at de kliniske resultatene av selve dialysen, enten disse er rapportert fra ansvarlig lege (CROM) eller fra dialysepasienten selv (PROM), sannsynligvis vil være tilnærmet like gode om dialysen foretas i Mosjøen eller Sandnessjøen, men pasientopplevelsen (PREM) vil sannsynligvis være bedre dersom pasienten slipper å reise fra Mosjøen til Sandnessjøen tre ganger per uke. Deretter vil vi naturlig nok se til kostnadene med å desentralisere en slik tjeneste til Mosjøen. Fordi PREM-opplevelsen i denne sammenheng vil veie tungt alt annet likt og fordi pasienttransport flere ganger i uken også har en kostnad vil det sannsynligvis være fornuftig å desentralisere dialysetilbudet til Mosjøen.

Ved å legge ned sykehuset i Mosjøen følger det at innbyggerne i Vefsn, Grane og Hattfjelldal får lengre reisevei til sykehus i akutte situasjoner. Den eventuelle medisinske risiko dette medfører er implisitt vurdert og akseptert av to helseministre gjennom det gjeldende strukturvedtaket. Nye Helgelandssykehuset ser det ikke som sitt mandat å overprøve denne risikovurderingen. Derimot får strukturvedtaket åpenbart konsekvenser for hvordan Helgelandssykehuset innretter sine prehospitaltjenester, noe som reflekteres av strukturvedtakets punkt 7. Prehospital klinikk i Helgelandssykehuset har, i tråd med dette vedtakspunktet, allerede gjort beregninger som tilsier at kapasiteten utvides med en ekstra døgambulans og en ekstra dagambulans i Mosjøen. Forøvrig ser vi det som Helgelandssykehuset sitt ansvar å dimensjonere de prehospitaltjenestene vi har ansvar for i tråd med den til enhver tid gjeldende sykehusstruktur. I denne sammenheng er det også viktig å minne om at den akuttmedisinske kjeden kanskje er den delen av medisinen som krever størst grad av samhandling – fordi ansvaret er delt samtidig som det i sakens natur haster å yte helsehjelp i akutte situasjoner. De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester fremgår av akuttmedisinforskriftens § 10, mens kommunenes ansvar for å rykke ut umiddelbart med

helsepersonell fra legevakt ved ulykker og andre akutte situasjoner fremgår av § 6 og § 9. Med andre ord bærer de tre kommunene Grane, Hattfjelldal og Vefsn i fellesskap med Helgelandssykehuset ansvaret for akuttmedisin-tilbudet til befolkningen som i dag har sykehuset i Mosjøen som sitt lokalsykehus.

Den vedtatte nye sykehusstrukturen på Helgeland er i sin natur allerede desentral. Den vedtatte sykehusmodellen med ett sykehus på to lokalisasjoner med tillegg av et stort DMS i Brønnøysund fragmenterer allerede spesialisthelsetjenestetilbudet til flere lokalisasjoner, selv om opptaksområdet for hele helseforetaket bare er rundt 78.000 mennesker. Når strukturvedtaket likevel landet på en modell med to akuttisykehus leser vi i de underliggende dokumentene, det vil si styresak 137-2019 i Helse Nord, under administrerende direktørs vurdering, at nettopp avveiningene mellom å bygge robuste fagmiljøer på en lokalisasjon ble veiet opp mot verdien av den geografiske nærheten til spesialisthelsetjenestene en slik modell vil bidra til. En ytterligere fragmentering av fagmiljøene til fordel for videre desentralisering vil imidlertid kunne gå på bekostning av kvaliteten i tjenestene. Denne avveiningen må gjøres når tilbudet i Mosjøen skal utformes.

For Helgelandssykehuset står begrepene “helhetlige pasientforløp” og “multidisiplinær vurdering” sentralt når vi skal sikre kvalitet i tjenestetilbudet vårt.

Vi er vant til å bruke begrepet “helhetlige pasientforløp” om overgangene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men vel så sentralt er behovet for å sikre helhetlige pasientforløp internt i sykehuset. Dette sikrer vi ved å legge til rette for at de pasientene som kommer til oss i størst mulig grad skal kunne tilbys en tverrfaglig vurdering, det vil si at flere ulike profesjoner bidrar til å sikre pasienten best mulig diagnostikk, behandling og oppfølging under ett og samme opphold.

Videre vil det av kvalitative hensyn ofte være nødvendig med en samlet og koordinert vurdering av representanter for de ulike medisinske spesialitetene og grenspesialitetene, altså en multidisiplinær vurdering. Medisinen har utviklet seg slik at fagområdene har blitt mer og mer subspecialisert. Dette er en ønsket utvikling fordi pasientene da kan bli møtt med spisset ekspertise på relativt detaljerte problemstillinger. Ulempen er imidlertid at den generelle breddekompetansen hos den enkelte subspecialist nødvendigvis svekkes noe. Der man ved en innleggelse for 50-60 år siden ble vurdert av en spesialist i (generell) indremedisin og/eller i (generell) kirurgi er det nå et økende behov for å koordinere innsatsen til de ulike 7-8 grenspesialistene i hvert hovedfag slik at den respektive subspecialists kompetanse kommer pasienten til gode gjennom en felles og helhetlig vurdering. På små sykehus som på Helgeland sier det seg selv at det gjerne bare er en til tre representanter for hver grenspesialitet på hvert hus. Skal pasientene som akuttinnlegges få anledning til en multidisiplinær vurdering under oppholdet sier det seg selv at muligheten til å ambulere ut fra hovedsykehuset er begrenset, og selvfølgelig langt svakere enn den mulighet store sykehus som Haukeland har til å ambulere ut en av sine mange subspecialister til eksempelvis Nordhordland helsehus.

5. Finansiell bæreevne (økonomi)

Prosjektet har vurdert tre ulike scenarier for framtidig tjenestetilbud i Mosjøen. Scenariene skal i første rekke svare ut føringene i strukturvedtaket; Helgeland skal gå fra tre til ett sykehus, lokalisert på to steder. DPS-strukturen skal bestå, det skal være DMS i Brønnøysund og det skal vurderes et poliklinisk somatisk tilbud i Mosjøen.

I tråd med styrevedtak i Helgelandssykehuset i sak 72-2022 har prosjektet, gjennom arbeidet med scenarioene, sett på mulige løsninger som kan være med på å styrke den samlede bæreevne gjennom kostnadsreducerende tiltak og/eller en økning av egenkapitalen som gjør foretaket i stand til å løfte den nødvendige lånefinansieringen som må til for å gjennomføre de bygningsmessige tiltakene i prosjektet. Hovedalternativet, besluttet av styret i Helgelandssykehuset (styresak 72-2022), viser et avvik mellom foretakets finansielle bæreevne på beslutningstidspunktet og p50-nivå av kalkulert prosjektkostnad på minus 500 mill. kroner. Scenariene som presenteres vil være mulige å gjennomføre *før* en eventuell investeringsbeslutning. Dette kommer fram i notatet fra Sykehusbygg (vedlegg 1). Det presiseres at de bygningsmessige løsningene for Sandnessjøen som foreslås i notatet er *midlertidige* løsninger, kun ment for interimfasen. Prosjektet vil, gjennom konseptfasen steg 2, bearbeide hovedalternativet med mål om at det kommer innenfor styringsrammen. Det vil muliggjøre nødvendige nybygg/ombygginger som må til for å sikre befolkningen på Helgeland moderne og framtidsrettede sykehusbygg.

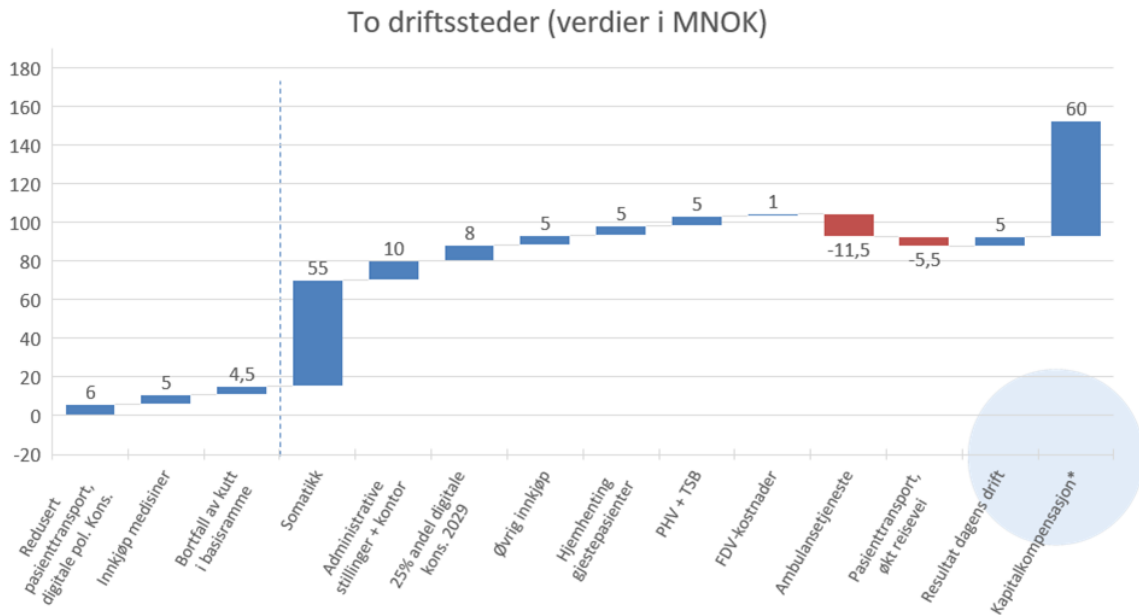
Felles for alle scenariene er at tjenestene som plasseres i Mosjøen kun er rettet mot befolkningen i Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Scenariene:

1. All somatisk aktivitet flyttes fra Mosjøen bortsett fra dialysebehandling, kjemoterapi og infusjoner - beregnet til 10 dagbehandlingsplasser.
2. Dagbehandling opprettholdes i Mosjøen, som i scenario 1. Poliklinisk virksomhet som ikke behøver spesialrom, beholdes i Mosjøen. Konvensjonell røntgen og begrenset laboratorietjeneste tilbys i Mosjøen.
I analysene og ved beregning av rombehov anslår en at dette utgjør om lag 50 % av poliklinisk aktivitet for befolkningen tilhørende Grane, Hattfjelldal og Vefsn.
3. Tilbudet i Mosjøen opprettholdes som forutsatt i hovedprogrammet konseptfase steg 1, inklusive CT og poliklinikker med spesialrom.
Planforutsetninger for beregning av areal i hovedprogrammet: *Det er planlagt at 50 % av polikliniske konsultasjoner, samt dagbehandling (dialyse, kjemoterapi og infusjoner) skal flyttes fra Helgelandssykehuset Sandnessjøen til Mosjøen, for kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal.*

Bæreevneanalyse konseptfasen steg 1

I konseptfasen steg 1 fant man følgende økonomiske bæreevne for alternativ 3, påbygg av dagens sykehus i Sandnessjøen.



Figur 5 - bæreevne som vist i konseptfasen steg 1

Man identifiserte totale driftsøkonomiske effekter på rett i overkant av 150 MNOK. Grovt sett kan vi si at 10 MNOK i driftsøkonomiske effekter betjener et lån på 170 MNOK med gjeldende rentesatser fra Helse- og omsorgsdepartementet (3,0 % pt. ikke hevet i takt med Norges Banks heving av styringsrenten).

Ny vurdering

Med introduksjon av de nye scenariene har man gått gjennom de driftsøkonomiske gevinstene på nytt, og med større detaljfokus enn i tidligere faser. Vi kan derfor si at det oppdaterte estimatet er mer gjennomarbeidet enn tidligere og dermed medfører større presisjon. Det er viktig å understreke at slike estimater aldri kommer med «to streker under svaret». Selv om en gevinst er identifisert og tallfestet fordrer det systematisk og strukturert arbeid å hente ut gevinstens fulle størrelse. De nye scenariene er vist i tabellen under.

Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Dagbehandling, ti stoler*	Dagbehandling, ti stoler*	Dagbehandling, ti stoler*
	Konvensjonell røntgen**	Konvensjonell røntgen**
	50% polikliniske konsultasjoner	50% polikliniske konsultasjoner
	6 U/B rom***	6 U/B rom
	1 lysbehandling***	1 lysbehandling
		1 spesialrom****
		CT

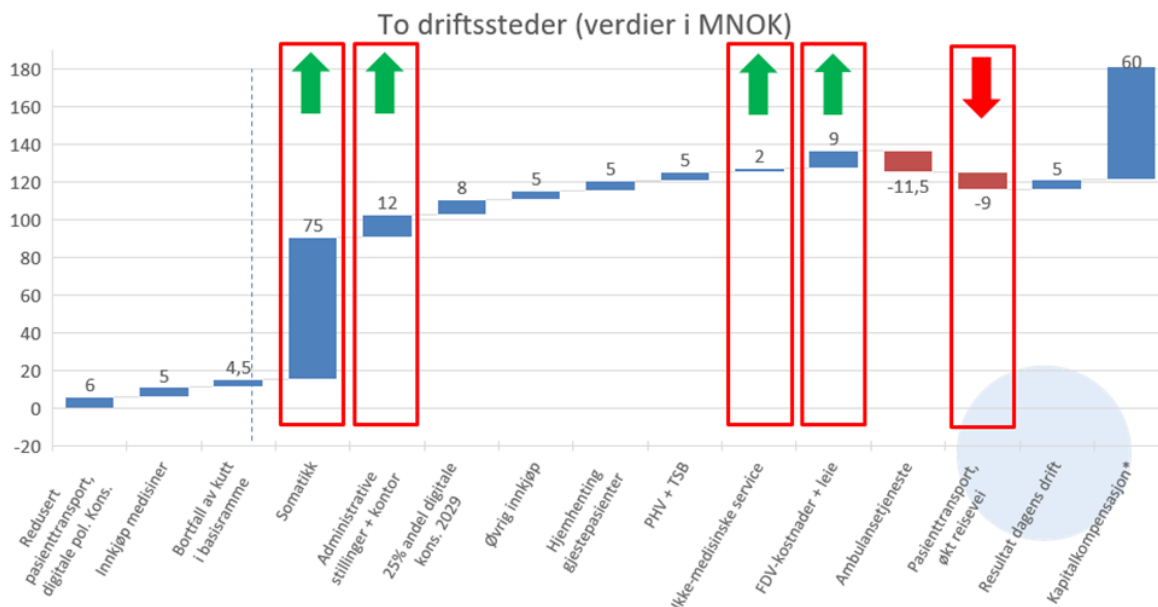
* Ti stoler som betjener cytostatika, infusjoner og dialyse

** Bør driftes sammen med primærhelsetjenesten

*** Dimensjonert for å dekke i overkant av 50% av antall polikliniske konsultasjoner basert på tall fra 2019**** 1 spesialrom for å dekke behovet for gastroskopi, koloskopi, ano-/rektoskopi samt cystoskopi for Vefsn, Grane og Hattfjeldal basert på tall fra 2019

Tabell 5 – scenariene

Figuren under viser oppdaterte driftsgevinster for scenario 1. Gevinstene som påvirkes av det nye scenario 1 er uthevet med henholdsvis grønn og rød pil. Scenario 1 gir, sammenlignet med alternativ 3 i konseptfasen steg 1 som bygger videre på nåværende sykehus i Sandnessjøen, ekstra driftsgevinster på 28,5 MNOK. Dette øker bæreevnen sammenlignet med vårens arbeid med i størrelsesorden 450 MNOK.



Figur 6 - Driftsgevinster scenario 1

Sammenligning alternativ 3 i konseptfasen steg 1 med nye scenario 1

Somatikk:

Tidligere beregnet til 55 MNOK, hvorav 45 MNOK var tilknyttet årsverk. I denne runden har man gått noe grundigere til verks og regnet på sengebehov, antall innleggelser, volum på poliklinikk og operasjon samt gjennomgått dublerede vaktfunksjoner i Mosjøen og Sandnessjøen, og beregnet hva som må flyttes til Sandnessjøen for å kunne håndtere en større pasientgruppe. Det er en helt minimal somatisk virksomhet i Mosjøen med nye scenario 1, som medfører større samdriftsfordeler. Det er benyttet vedtatt bemanningsnorm på 1,3 årsverk per seng på sengeposter. Total beregnet besparelse innen somatikk er på 75 MNOK, hvorav 65 MNOK er tilknyttet årsverk.

Administrative stillinger og kontor:

Tidligere beregnet til 10 MNOK, nå økt til 12 MNOK grunnet helt minimal somatisk virksomhet i Mosjøen.

Ikke medisinske servicetjenester:

Besparelse på 3 årsverk eller 2 MNOK primært grunnet flytting fra Skjervengan.

FDV-kostnader og leie:

Økt fra 1 MNOK til 9 MNOK grunnet mindre samlet driftsareal etter fraflytting samt oppsigelse av leiekontrakt.

Pasienttransport:

Økes fra 5,5 MNOK til 9 MNOK grunnet lengre reisevei til poliklinikken for pasienter fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal.

Total besparelse: **28,5 MNOK**

For scenario 2 og 3 vil bæreevnen falle noe grunnet ambulering av personell fra Sandnessjøen og drift av CT i scenario 3. Legger man til CT i scenario 1 eller 2 vil dette svekke årlig netto driftsgevinst med 6,5 MNOK, noe som igjen reduserer bæreevnen med 100 MNOK.

	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Netto driftsgevinst fra konseptfase steg 1	28,5 MNOK	25,5 MNOK	15,5 MNOK
Økt bæreevne	450 MNOK	400 MNOK	250 MNOK

Tabell 6 - de ulike scenarienes netto driftsgevinster sammenliknet med konseptfase steg 1

6. Risiko og sårbarhet

Saken som lå til grunn for strukturvedtaket (sak 137-2019 HN RHF) viser at det var gjennomført en ROS-analyse av både én- og to-sykehusmodellen (tabell 7) som begge utelukker sykehusdrift i Mosjøen: Forsvarligheten i den overordnede strukturen (akutttilbud kun i Sandnessjøen og Mo i Rana) er med andre ord vurdert.

	2020–2030			2030–2040		
	Ett sykehus		To sykehus	Ett sykehus		To sykehus
	MiR	SSJ	MiR og SSJ	MiR	SSJ	MiR og SSJ
Pasienttilbud psykisk helse og rus						
Pasienttilbud somatikk og rehabilitering						
Pasientstrømmer						
Prehospitale tjenester						
Pasientreiser						
Arbeidsreiser						
Rekruttere og beholde						
Forskning og innovasjon						
Utdanning						
To fødeavdelinger						
Samhandling med kommunene						
Teknologisk utvikling						
Samfunnssikkerhet og beredskap						
Økonomi						
Samfunnsutviklingen for Helgeland						
Interimsperioden				Ikke relevant	Ikke relevant	Ikke relevant

Tabell 7 – Risikovurdering styresak 137-2019 (HN RHF)

I dette kapitlet presenteres risiko- og sårbarhetsanalysen gjort for hvert av de tre scenariene for det framtidig tjenestetilbud i Mosjøen, men altså ikke en ny risikovurdering knyttet til selve strukturvedtaket. Det at det ikke skal være et sykehus i Mosjøen anses følgelig ferdig risikovurdert.

I den gjennomførte risikoanalysen er hvert av de tre scenariene vurdert opp mot seks risikoområder, der det for hvert område er formulert en rekke hendelser (risikofaktorer) som kan lede til en negativ virkning. Konsekvensen av hendelsene vil stort sett være de samme uavhengig av scenario, mens sannsynligheten vil variere noe knyttet til både enkeltfaktorer og risikoområder. Det er derfor ikke nødvendigvis naturlig å score risiko i en klassisk sannsynlighet-konsekvens matrise, men heller fremstille den samlede risikovurderingen på samme vis som det Helse Nord RHF gjorde i ovennevnte styresak.

Samtlige risikomomenter nevnt i tabellen over fra Hele Nord RHF er vurdert med tanke på om de er relevant for risikoanalysen av de tre scenariene, noe ikke alle er. De relevante momentene dekkes av de seks risikoområdene:

- Samlet pasienttilbud i Helgelandssykehuset
- Samlet tilgang på fagpersoner i Helgelandssykehuset
- Arbeidsmiljø i Helgelandssykehuset
- Utdanningskapabilitet i Helgelandssykehuset
- Økonomisk bæreevne til Nye Helgelandssykehuset
- Omdømme til Helgelandssykehuset

Gjennomgående har det i arbeidet med analysen fremkommet at risiko for en langvarig beslutningsprosess har en negativ innvirkning på alle risikoområder. Et generelt risikoreduserende tiltak er derfor å sikre nødvendig beslutninger raskt for så å kunne effektivere disse.

Risikoområde	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Samlet pasienttilbud ved HSYK	Grønn	Gul	Gul
Samlet tilgang på fagpersoner i HSYK	Gul	Gul	Gul
Arbeidsmiljø i HSYK	Grønn	Grønn	Grønn
Utdanningskapabilitet i HSYK	Grønn	Gul	Gul
Økonomisk bæreevne for Nye HSYK	Grønn	Gul	Rød
Omdømme til HSYK	Gul	Gul	Gul

Tabell 8 - ROS-analyse av scenariene

Oppsummert skiller scenario 1 seg ut positivt med tanke på at dette alternativet har den lavest risikoen knyttet til utvikling av et samlet og robust pasienttilbud til pasientene i Helgelandssykehuset. Alternativet har også lavest risiko knyttet til det å sikre nødvendige utdanningskapabiliteter samt sikre en best mulig økonomisk bæreevne for Nye Helgelandssykehuset.

Som rapporten forøvrig er risikoanalysen gjort med tanke på en lang tidshorisont, jf. kapittel 2. Scenario 1 har en iboende risiko for tap av noen mindre fagmiljøer på kort sikt, men på lengre sikt har en drift som baserer seg på utstrakt pendling, slik som scenario 2 og 3, en tilsvarende iboende risiko for negativ innvirkning på fremtidig rekruttering og stabilisering. Risikoanalysen er i sin helhet vedlagt (vedlegg 2).

De som er ansatt ved sykehuset i Mosjøen i dag viser gjennom en anonym Questback-undersøkelse lav vilje til utstrakt pendling til akuttssykehusene i Sandnessjøen eller Mo i Rana, men mange ansatte har også kommet med konkrete forslag til hva som må til for at de skal se for seg en arbeidshverdag som innebærer noe pendling. Det er spesielt transportløsninger, men også økonomisk kompensasjon, fleksibilitet/tilrettelegging av turnus, interessante arbeidsoppgaver, mulighet for faglig utvikling og flere digitale løsninger som da bidrar i risikoreduserende retning.

7. Innspill fra medvirkningsprosessen

Grunnlaget for vurderingene som gjøres i dette kapitlet er alle innspillene som er levert i løpet av medvirkningsprosessen, nærmere beskrevet i kapittel 2 om metode og medvirkning. Det er registrert et stort antall innspill som alle er vurdert individuelt og kommentert, se vedlegg 4. Fastleger, kommuner, ledere i Mosjøen, brukerutvalget og ikke minst de ansatte ble bedt om å tenke bredt og

fremme innspill som ikke nødvendigvis måtte være innenfor rammene som strukturvedtaket eller faglig strategisk utviklingsplan gir. Dette ble gjort for å få fram nye ideer og for å få mulige ukjente utfordringer og muligheter på bordet.

De faglige vurderingene og konklusjonen i denne rapporten er så langt som mulig basert på konklusjonene i faglig strategisk utviklingsplan (FSU). FSU ble utarbeidet våren 2021 gjennom en bred medvirkningsprosess der fagmiljø fra alle de ulike lokalisationene i Helgelandssykehuset var representert. Arbeidet ble fasilitert og koordinert av Sykehusbygg.

Innspill knyttet til tema som ikke er berørt i FSU ble vurdert i henhold til en omforent forståelse av strukturvedtakets føringer og prosjektgruppens faglige skjønn. Faglige vurderinger og skjønn vil alltid være grunnlag for diskusjon; anbefalingen i denne rapporten er skrevet med viten om og respekt for at det finnes andre synspunkter og meninger om saken.

Om innspillene

Det er levert mange innspill som dekker nesten hele bredden av dagens tilbud i Mosjøen. De fleste innspillene ble sendt inn i form av skjema som vist i kapittel 2 (tabell 1), men også i fritekst eller i form av referater fra møter. De fleste av innspillene omhandler konkret tilbudet til pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn, men mange inkluderer også helgelandsfunksjonene som i dag er lokalisert i Mosjøen - da med hele Helgeland som målgruppe. Ingen innspill kommenterer spesifikt betydningen et styrket tilbud i akuttisykehusene vil ha for innbyggerne i Grane, Hattfjelldal og Vefsn, og ingen av innspillene drøfter heller mulige konsekvenser det aktuelle innspillet vil ha for hovedsykehuset i særdeleshet. Kontra (con)-siden i skjemaet ble brukt i svært liten utstrekning. Mange av innspillene er, i tråd med oppdraget som ble gitt, utenfor vedtatte rammer. Oppgaven til prosjektet var derfor å vurdere innspillene opp mot vedtatte rammer, strukturvedtaket og ikke minst i forhold til eventuelle konsekvenser for utviklingen av hovedsykehuset.

Her gjengis vurdering av noen av hovedtrekkene i innspillene. For kommentar og vurdering av de enkelte innspillene, se vedlegg 4.

Helgelandsfunksjoner i Mosjøen

Som vist i kapittel 3 legger strukturvedtaket sterke føringer for funksjonsdelingen, inkludert flere av helgelandsfunksjonene. Vedtatt fordeling av funksjoner ble utarbeidet gjennom arbeidet med faglig strategisk utviklingsplan (FSU) og lagt til grunn i styringsdokumentet for prosjektet (kap. 4.8). Som vist i tabell 4, kap. 3, er helgelandsfunksjonene som i dag er i Mosjøen vedtatt overført til hovedsykehuset i Sandnessjøen. Mange av innspillene som har kommet inn handler om å beholde helgelandsfunksjoner i Mosjøen, samt å etablere nye. Prosjektet kan ikke anbefale løsninger som fragmenterer helgelandsfunksjonene, men innspillene påpeker to utfordringer som fortjener å bli adressert:

1. Helgelandsfunksjoner lokalisert til Mosjøen gir kortere gjennomsnittlig reisevei enn helgelandsfunksjoner lokalisert til Sandnessjøen.
2. For å bevare eksisterende fagmiljø må helgelandsfunksjonene være lokalisert i Mosjøen.

Punkt 1 anser prosjektet tilstrekkelig adressert og vurdert i utredninger og underlag til vedtak knyttet til struktur og lokalisering. Vedtatt struktur med to akuttisykehus og DMS i Brønnøysund må i forhold til innbyggertallet på Helgeland anses som en meget desentralisert struktur. Vedtaket er tuftet på å øke kvalitet og robusthet på sykehusene ved sentralisering av tjenester, og dette innebærer lengre reisevei til sykehus for deler av befolkningen.

Punkt 2, bevare eksisterende fagmiljøer i Mosjøen:

Innspillene, Questback-undersøkelsen og ikke minst uttalelser i medvirkningsmøter med de ansatte har gjort det svært tydelig at viljen til pendling eller flytting til Sandnessjøen ikke er tilstede per i dag. Med dette som utgangspunkt er en flytting av fagmiljøene ikke mulig, og disse må følgelig bygges opp på nytt i Sandnessjøen. Derfor kan det bli nødvendig å opprettholde enkelte aktiviteter i Mosjøen til hovedsykehuset er i stand til å overta, eventuelt akseptere et redusert tjenestetilbud i en periode. Med disse forutsetningene eksisterer det altså en risiko for å miste enkelte fagmiljøer i Mosjøen før de lar seg erstatte i Sandnessjøen. I medvirkningsprosessen har det blitt påpekt at det er svært vanskelig å rekruttere spesialister og at det derfor er en risiko for at fagmiljøer som eventuelt forsvinner ikke lar seg bygge opp igjen i Sandnessjøen. Dette forholdet er vurdert i risikoanalysen, se kapittel 6.

Dagkirurgi

Flere innspill nevner at man ønsker å fortsette med dagkirurgisk drift i Mosjøen. Prosjektet har den klare oppfatning at dagkirurgi ikke omfattes av begrepet polikliniske tjenester som allerede argumentert for i kapittel 3 fra et administrativ/økonomisk ståsted. Dagkirurgi omhandler operasjoner som ikke krever innleggelse, ikke polikliniske tjenester som inneholder operasjoner. I faglig strategisk utviklingsplan kapittel 9.4.1 "Spesifikke vedtak i Foretaksprotokollen" fastslås at dagkirurgi ikke er å regne som poliklinisk aktivitet. Også fra et rent faglig ståsted anses dagkirurgi som et betydelig mer avansert tilbudt enn poliklinikk. Dagkirurgi krever samarbeid av flere fagpersoner som operasjonssykepleiere, anestesileger, anestesisykepleier, intensivsykepleier under oppvåkning og selvfølgelig kirurgen. I motsetning til dette er en poliklinisk tjeneste i all hovedsak en konsultasjon der pasienten møter en spesialist eller spesialisert sykepleier, i noen tilfeller med støttepersonell involvert.

Det er essensielt at dagkirurgisk virksomhet flyttes til hovedsykehuset for å øke størrelsen på fagmiljøene nevnte fagpersoner er en del av. På denne måten øker rekrutteringsevnen, robustheten, stordriftsfordelene og kvaliteten på sykehuset. Prosjektet Nye Helgelandssykehuset anser derfor å flytte operasjonsvirksomheten fra Mosjøen til Sandnessjøen som et viktig grep for å oppnå effektmålene i prosjektet som omhandler kvalitet, rekruttering samt fag- og kompetanseutvikling.

Akuttpasienter

Mange innspill omhandler pasienter som har behov for akutte tjenester. Spektret går fra enkel døgnkontinuerlig bruddbehandling til stabiliseringssenger for medisinske akuttpasienter og slagpasienter. Faglig strategisk utviklingsplan foreslår ingen tilbud for akuttpasienter i Mosjøen, men anbefaler videre utredning av behandling av slagpasienter, se eget avsnitt. Strukturvedtaket nevner heller ingen akuttfunksjoner i Mosjøen, men er eksplisitt når det gjelder akuttfunksjonene i sykehusene.

Fra et faglig ståsted må det advares sterkt imot å håndtere potensielt alvorlig syke akuttpasienter utenfor sykehus av helsepersonell som ikke er tilknyttet enten legevakt eller prehospitaltjenester. Å skape et ekstra ledd i akuttkjeden vil uten tvil føre til forsinkelser i diagnostikk og behandling og dermed fort kunne bli pasientfeller.

Slagpasienter

FSU konkluderer ikke med et tilbud om CT diagnostikk og behandling av hjerneslag i Mosjøen, men beskriver at en fremtidig løsning må ses i sammenheng med plassering av sykehuset og dermed reisetid. Veldig mange innspill omhandler akutt hjerneslag og viktigheten av CT diagnostikk. Prosjektet har vurdert de faglige innspillene og ser at det vil være hensiktsmessig å etablere et

døgnskategorisk CT-tilbud skreddersydd hjerneslagpasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn. For å oppnå døgnskategorisk beredskap og i tillegg raskest mulige overgang mellom omsorgsnivåene anbefales det å samlokalisere CT med både legevakt og ambulansetjeneste. Dette vil fasilitere god samhandling og kompetansebygging. Prosjektet peker her på modellen som er under utvikling i Finnsnes som er nærmere beskrevet i kommentar i vedlegg 4. Det presiseres at dette døgnskategoriske CT tilbudet må være forbeholdt slagpasienter.

Etableres det først infrastruktur for CT-undersøkelser vil det være lettere å etablere fasiliteter for enkle røntgenundersøkelser i nær tilknytning til dette. Dette kan eksempelvis driftes i regi av en kommunal legevakt.

Polikliniske tjenester

Vedtaket åpner for etablering av polikliniske tjenester i Mosjøen. FSU anbefaler at størrelsen på poliklinikken i Mosjøen er innrettet mot en andel av pasientene i Vefsn, Grane og Hattfjelldal som har størst belastning med reise. Dette er pasienter med sammensatte og langvarige lidelser.

De tre scenariene som presenteres i rapporten har ulike dimensjonering av de polikliniske tjenestene i Mosjøen og presenterer et mulighetsrom der strukturvedtaket og andre vedtak fattet i kjølvannet av dette setter de ytre rammene. Prosjektet har vurdert hvert enkelt tiltak som omhandler polikliniske tjenester. Nærhet til tjenesten må alltid veies opp mot kvaliteten på tilbudet som kan gis desentralisert kontra i sykehus. Kvalitet avhenger av mange forhold, men tilstrekkelig ressurser (personell, medisinsk teknisk utstyr, driftsmidler) og kompetanse (rett kompetanse, nok kompetanse) er de viktigste. Når det er lite tilgang på begge deler, både ressurser og kompetanse, vil desentralisering utgjøre en risiko. Både for kvaliteten på det desentrale tilbudet, men også for det totale tilbudet som Helgelandssykehuset skal gi til befolkningen på hele Helgeland. Slik prosjektet ser det vil en for stor dimensjonering av poliklinisk aktivitet i Mosjøen kunne svekke tilbudet i sykehusene. Dette kommer også tydelig fram i risikoanalysen i kapittel 6. Prosjektgruppen mener at det er viktig å ha et forsiktig til moderat poliklinisk tilbud i Mosjøen, og det i første rekke må være forbeholdt kronikere. Avhengig av ressurstilgang i sykehusene, dvs. størrelsen på de ulike fagmiljøene i framtiden, vil aktiviteten i poliklinikken i Mosjøen alltid måtte tilpasses behovet til de pasientene som trenger et lokalt og kortreist tilbud mest. Det er linjeorganisasjonen sin rett og plikt til enhver tid å gjøre nødvendige tilpasninger og justeringer. Prosjektgruppen viser forøvrig til kapittel 4.

Laboratorietjenester

En samlet vurdering av innspillene og vurdering av alternative løsninger har ført til at prosjektet konkluderer med å ikke anbefale laboratorietjenester i Mosjøen, heller ikke blodbank. God planlegging av de polikliniske tjenestene, dialyse og kreftbehandling, samt mulighetene for pasientnære analyser vil i tilstrekkelig grad kunne kompensere for et laboratorium. Analyser som blir utført for kommunene og primærhelsetjenesten vil kunne sendes til laboratoriene i sykehusene. Det kan enten etableres en blodgiverbuss eller, som i Brønnøysund, mulighet for å gi blod i et av undersøkelsesrommene på poliklinikken.

8. Vurdering

Det har gått nærmere tre år siden helseministeren fattet et vedtak som betyr en nedleggelse av sykehuset i Mosjøen slik vi kjenner det i dag. Det planlegges for styrebehandling av det framtidige tjenestetilbudet i februar 2023, noe som betyr at konsekvensene av strukturvedtaket begynner å materialisere seg også innen den kliniske virksomheten. Prosjektgruppen forstår at det på kort sikt

vil kunne oppleves som vondt å flytte eksisterende fagmiljø til nye lokalisasjoner, men oppfatter også at dette er helt i tråd med regional utviklingsplan for Helse Nord 2023-2038 hvor det heter:

"For medarbeiderne er faglig utvikling og det å inngå i attraktive fagmiljø viktige motivatorer og noe som virker både stabiliserende og rekrutterende. Større fagmiljø kan dannes ved å samle kompetanse, utdanning og pasienttilbud, og derigjennom bygge opp mer enn summen av delene."

En størst mulig samling av fagmiljøene vil bidra til et fagmiljø som i så høy grad som mulig fremstår attraktivt å søke seg til. En drift der ansatte over tid i stor grad må ambulere til ytterligere en lokalisasjon mener prosjektgruppen vil bidra til en forverret rekrutteringssituasjon og gi en potensiell negativ innvirkning på arbeidsmiljøet.

Robustheten til fagmiljøene på Helgeland vil med fordelingen på to akuttstusykehus og ambulering til et DMS i Brønnøysund allerede være under press. Prosjektgruppen mener at en ytterligere fragmentering vil lede til at robustheten svekkes og at dette igjen vil kunne lede til svakere helsetjenester for innbyggerne på Helgeland. Prosjektgruppen mener at den relative ulempen noen pasienter vil oppleve ved å måtte reise noe lenger for å motta spesialisthelsetjenester vil oppveies av at disse tjenestene da har bedre forutsetninger for å være av høyest mulig kvalitet. Vi tror også at den markante økningen vi vil se av digitale poliklinikker og digital hjemmeoppfølging i årene som kommer vil bidra til å gjøre avstanden til nærmeste sykehus mindre viktig.

En størst mulig samling av aktivitet mener prosjektgruppen vil gi de beste rammevilkår hva gjelder utdanningsforhold for studenter, men i særdeleshet for leger i spesialisering. Volum av problemstillinger som kan drøftes med et bredt sammensatt kollegium tror vi gir en best mulig læringsarena.

For å kunne yte spesialisthelsetjenester av høy kvalitet på Helgeland i fremtiden må Nye Helgelandssykehuset kunne realiseres. Da er det helt avgjørende at prosjektet sikres så god økonomisk bæreevne som mulig. Økonomisk bæreevne vil på ny detaljeres i konseptfasens steg 2, men de ulike scenariene i denne rapporten indikerer hvilke størrelsesordener bæreevnen kan bedres gjennom iverksetting av strukturvedtaket.

Strukturvedtakets punkt 4 presiserer at det skal utredes etablering av *polikliniske* somatikk-tilbud i Mosjøen. Rapporten legger da til grunn at vi snakker om tjenester som i ISF-systemet enten klassifiseres som "poliklinisk behandling" eller "tjenesteforløpsgrupper" (TFG); jf. kapittel 3.

På kort sikt vil arbeidsmiljøet lokalt Mosjøen kunne bli forverret av en beslutning som legger opp til store endringer i det lokale tilbudet. Noen mindre fagområder vil også kunne miste sine spesialister som jobber der i dag og dette vil kunne lede til at Helgelandssykehuset i en overgangsperiode får et noe smalere faglig tilbud. Derimot vil en fortsatt fragmentering av fagpersonellet på flere ulike steder og en utstrakt grad av ambulering også vanskeliggjøre integrasjon og fusjon av arbeidsmiljøene som må gjennomføres når tre sykehus skal bli til ett fordelt på to lokalisasjoner. I tillegg er det grunn til å tro at utstrakt pendling vil virke negativt inn på rekrutteringsevnen på lengre sikt. Det er altså snakk om å kunne mitigere en risiko for å tape noe personell på kort sikt. Gode overgangsordninger som økonomisk støtte til pendling og reisetid inkludert i arbeidstiden for dem som i dag er ansatt i Mosjøen vil muligens kunne bidra til å redusere risikoen noe. I tillegg vil en implementeringsfase som skjer over noe tid også kunne bidra til å redusere den kortsiktige risikoen for å tape mye personell på en gang fremfor å implementere endringene i sin helhet i løpet av et kalenderår. Dette må dog veies mot den negative innvirkningen en lengre implementeringsfase vil kunne ha på den økonomiske bæreevnen.

9. Innstilling

Innstillingen til denne rapporten tar utgangspunkt i:

- Strukturvedtakets punkt 4. - om somatisk poliklinisk tilbud i Mosjøen
- Styringsdokument for konseptfasen steg 1
- Styrets ønske om en snarlig plan for hvilke tilbud som skal gis i Mosjøen (72-2022 HSYK)
- Styrevedtak om videre arbeid med bæreevnen for å vise muligheter for å forbedre foretakets bæreevne (72-2022 HSYK)
- Styrevedtak om å fortsette arbeidet med organisasjonsutvikling og faglig innhold (127-2022 HN RHF)

Rapporten har vurdert hvilken mulighetsrom som finnes for å sikre økonomisk bæreevne innenfor rammene av strukturvedtaket slik det framkommer i protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF den 27.01.2020. Samtidig har vi sett hen til faglig strategisk utviklingsplan (FSU) for Helgelandssykehuset HF samt hovedprogrammet for konseptfasens steg 1 slik det er vedtatt i Helgelandssykehusets styre. Det er imidlertid svært krevende å sikre økonomisk bæreevne med de faglige føringene som nå ligger vedtatt. Rapporten peker derfor på ulike mulige scenarier i denne sammenheng, men ingen av dem løser bæreevneutfordringene fullt ut. Alternativet som gir best styrking av den økonomiske bæreevnen innenfor rammene av strukturvedtaket vil forandre en viss justering av de medisinskfaglige føringene som så langt har vært lagt til grunn for prosjektet. Konkret betyr dette å nedskalere tjenestene i Mosjøen til et minimum. Rapporten har imidlertid risikovurdert disse endringene og konkluderer med at justeringene har en akseptabel risikoprofil veiet opp mot de to øvrige scenariene. Til alt overmål vil en ytterligere samling av fagområdene kunne bidra til bedre helsetjenester samlet sett. Overordnet er målet for prosjektorganisasjonen å sikre et best mulig tilbud for pasientene på hele Helgeland.

Rapporten gir ikke en detaljering av hovedalternativet i den pågående konseptfasen, ei heller de implisitte føringene for bygg og infrastruktur ettersom dette hører hjemme i konseptfasens steg 2.

Basert på strukturvedtaket, kvaliteten i helsetjenestene til alle pasienter på Helgeland, de økonomiske rammer som Nye Helgelandssykehuset må forholde seg til og den risiko som alltid følger med endring er prosjektgruppens innstilling følgende:

- **Scenario 1** skiller seg positivt ut med tanke på å sikre et så robust fagmiljø som mulig på akuttsykehusene; et miljø som allerede vil bli delt på to lokalisasjoner i tillegg til et DMS i Brønnøysund. En ytterligere fragmentering av tilbudet bør i størst mulig grad unngås for å sikre tverrfaglig så vel som multidisiplinær vurdering av de pasienter som blir innlagt på akuttsykehusene. Scenario 1 gir de beste rammevilkårene for undervisning, den beste økonomiske bæreevnen og på sikt den beste muligheten for rekruttering og stabilisering av personell. Disse fordelene overstiger etter prosjektgruppens syn de ulempene som vil lede til at noen pasienter får litt lenger reisevei til spesialisthelsetjenester og den risiko Helgelandssykehuset på kort sikt løper for å tape noe personell og faglige tilbud.
- Videre vurderer prosjektgruppen, etter gjennomgang av de ulike innspillene vi har mottatt, at scenario 1 bør suppleres **med to universelle polikliniske rom** som kan brukes til indremedisinske konsultasjoner for rus- og psykiatripasienter de gangene det er nødvendig med en stedlig vurderingsmulighet i Mosjøen. Rommene kan også benyttes til stedlig oppfølging av andre kronikergrupper etter behov (diabetikere, hjertesviktpasienter og andre), blodgivning og digitale konsultasjoner.

Prosjektgruppen vurderer videre etter faglig innspill at det i samtlige scenarier **kan** være relevant å utvide med en CT - vel å merke dersom dette kan fjernstyres fra et av akuttstusykehusene med lokal bistand fra ambulanse eller legevakt. Dette vil imidlertid ha en klar negativ konsekvens for den totale bæreevnen i prosjektet, og differansen i de økonomiske besparelsene mellom de ulike scenariene blir mindre. Dersom det først etableres infrastruktur for en CT vil det være relativt enkelt å supplere med fasiliteter for enkel røntgenapparatut dersom Vefsn kommune ønsker å drifte dette fra legevakten.

Vedlegg

1. Vurdering av ulike scenarier for virksomheten i Mosjøen i en interimfase, notat fra Sykehusbygg HF
2. ROS-analyse
3. Innspill fra medvirkningsprosessen
4. Innspill fra medvirkningsprosessen, vurdert og kommentert

Utrykte vedlegg:

Styringsdokument konseptfasen steg 1

Faglig strategisk utviklingsplan

Hovedprogram konseptfasen steg 1, Nye Helgelandssykehuset

Foretaksprotokoll Helse Nord RHF 27.01.2020

Foretaksprotokoll Helse Nord RHF 09.11.2022

Regional utviklingsplan 2023-2038

Helgelandssykehuset 2025 Samfunnsanalyse



Vedlegg 1

NOTAT u. off. jf offl §5 og §14 -

Fra
Sykehusbygg

Til
Nye Helgelandssykehuset v/prosjektdirektør

Kopi til

Vurdering av ulike scenarier for somatisk virksomhet ved sykehuset i Mosjøen i en interimsperiode

Som en del av grunnlaget for vurderinger internt i prosjektet Nye Helgelandssykehuset, har Sykehusbygg fått i oppdrag å gi en betenkning på muligheten for å overføre deler av den somatiske virksomheten i Mosjøen til Sandnessjøen i en interimsperiode. Interimsperioden varer til den bygningsmessige realiseringen av Nytt Helgelandssykehus er gjennomført.

Avgrensninger

Det er gjort en framskriving av aktivitet fra 2019 til 2035 ifbm. Konseptrapport steg 1 (2022). I dette notatet legges dagens beregnede kapasitetsbehov 2019 til grunn.

Arealer for logistikk og forsyning vil bli berørt i de ulike scenarier, men er ikke vurdert i dette notatet. Det var heller ikke utført en funksjonell egnethetsvurdering av disse områdene i 2020.

Vurdering av flytting av aktivitet til Mo i Rana er ikke en del mandatet. Det nye DMS-et i Brønnøysund er satt i drift. På sikt er det en ambisjon at 80 % av de polikliniske tjenestene for befolkningen i området skal gis her.

Dette vil avlaste kapasitetsbehovet ved sykehuset i Sandnessjøen, men grunnet usikkerhet i realistiske volum de neste årene, er dette ikke hensyntatt i disse vurderingene.

Bakgrunn

I planlegging av nye sykehus legges andre kvaliteter, arealstandarder og arealrammer til grunn for funksjonsområder enn i en midlertidig løsning. Sykehusbygg forutsetter at ambisjonsnivået for kvalitet i de permanente løsningene i byggeprosjektet for Nye Helgelandssykehuset beholdes. Disse er en forutsetning for at en kan nå prosjektets effektmål på sikt. De vurderingene som drøftes i dette dokumentet, er basert på at løsningene er midlertidige, og at standard og kvalitet ikke skal være dårligere enn i dagens funksjonsområder. Alle sykehusene på Helgeland har i dag for eksempel både ensengsrom og flersengsrom. En videreføring av dette i en interimsperiode, vurderes som at dagens standard opprettholdes. Flytting av aktivitet fra Mosjøen til Sandnessjøen i en interimsperiode kan innebære tiltak som noe fortetting, flytting av f.eks. kontor eksternt og endring i åpningstider på f.eks. poliklinikk.

Prosjektet Nye Helgelandssykehuset har bedt om at følgende scenarier drøftes:

1. All somatisk aktivitet flyttes, bortsett fra dagbehandling, som dialysebehandling, kjemoterapi og infusjoner - beregnet til 10 dagbehandlingsplasser.
2. Dagbehandling opprettholdes i Mosjøen, som i scenario 1. Poliklinisk aktivitet som ikke behøver spesialrom, beholdes i Mosjøen. Konvensjonell røntgen og begrenset laboratorietjeneste tilbys i Mosjøen.

I analysene og ved beregning av rombehov anslår en at dette utgjør om lag 50% av poliklinisk aktivitet for befolkningen tilhørende Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

3. Tilbudet i Mosjøen opprettholdes som foreslått i hovedprogrammet konseptfase steg 1, inklusive CT og poliklinikker med spesialrom.

Planforutsetninger for beregning av areal i hovedprogrammet: *Det er planlagt at 50% av polikliniske konsultasjoner, samt 100% av dagbehandlinger (dialyse, kjemoterapi og infusjoner) skal flyttes fra Helgelandssykehuset Sandnessjøen til Mosjøen, for kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal.*

Strukturvedtaket fra foretaksmøtet mellom HOD og Helse Nord 27.01.2020 sier

Ett sykehus lokalisert på to steder; ett akutt sykehus i Mo i Rana og ett i akutt sykehus i Sandnessjøen og omegn. I tillegg videreføres planene om et distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund. I konseptfasen skal etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen utredes. Akutt sykehuset i Sandnessjøen og omegn skal være hovedsykehus.

Dette notatet er bygd opp med en drøfting av behov og muligheter for hvert scenario og med en oppsummering av konklusjonene til slutt.

1. **Scenario 1:** All somatisk aktivitet flyttes, bortsett fra dagbehandling som dialysebehandling, kjemoterapi og infusjoner - beregnet til 10 dagbehandlingsplasser.

Alternativet får konsekvenser for sykehusbyggene både i Mosjøen og Sandnessjøen.

Konsekvenser for sykehusbygget i Mosjøen

Bygget inneholder kun somatisk virksomhet.

Alle funksjoner kan plasseres på en etasje, slik at restareal kan benyttes til døgnplasser og poliklinikk for psykisk helsevern og rus, flytte tilbake funksjoner som holder til i leide areal eksternt, eller leies ut til annen relevant virksomhet.

Pasientgruppene må ha mulighet for blodprøvetaking og ev. svar før oppstart av behandling. Prøvetaking kan løses i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Prøver kan sendes til analyse ved laboratorietjenesten i Ssj eller MiR. Vurdere samarbeid med kommunehelsetjenesten om PNA (pasientnær analyse).

Konsekvenser for sykehusbygget i Sandnessjøen

Sykehuset i Sandnessjøen inneholder funksjoner både for somatikk og psykisk helsevern, samt administrasjon. Deler av bygget leies ut til Fylkeskommunen til fylkeskommunal tannhelsetjeneste og Helse Nord-IKT.

Tabellen under viser beregnet kapasitetsbehov for Mosjøen i 2019 og framskrevet kapasitetsbehov fra 2019 til 2035. Det er tatt utgangspunkt i Hovedprogram steg 1 og Framskrivingsrapporten for Helgelandssykehuset datert 11.07.2022. Det er lagt samme forutsetninger på åpningstid og utnyttelsesgrad som i framskrivingsrapporten. Tabellen viser at det er liten til ingen forskjell på dagens aktivitet og framskrevet aktivitet for Mosjøen.

Tabell 1 Beregnet kapasitetsbehov for 2019 og framskrevet kapasitetsbehov 2035 for Mosjøen

Funksjonsområder	Beregnet kapasitetsbehov 2019 Msj	Framskrevet kapasitetsbehov 2035 Msj	Kommentar
Sum senger	19	19	Sum senger inkluderer også intermedier og intensivsenger
Sum operasjonsstuer	2	2	En del av kirurgisk operativ virksomhet utføres i poliklinikk
Sum dagplasser	10	10	Omfatter dagplasser dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling
Sum poliklinikkrom	12+6	15+7	Omfatter generelle poliklinikkrom + 50% tillegg for spesialrom

Tabellen under viser på hvilke områder Ssj vil ha tilstrekkelig eller mangel på kapasitet dersom dagens aktivitet flyttes fra Msj til Ssj i en interimperiode.

Tabell 2 Beregnet kapasitetsbehov 2019 for Msj og Ssj, og dagens kapasitet Ssj

	Beregnet behov for kapasitet 2019 Msj	Beregnet behov for kapasitet 2019 Ssj	Sum beregnet kapasitetsbehov Msj + Ssj	Dagens plasser i drift Ssj 2022	Sum faktisk kapasitet Ssj 2022 (inkl. rom tatt i bruk til annet)	Tilstrekkelig eller mangel på kapasitet Ssj etter overføring fra Msj
Sum senger	19	50	69	66	112	43
Sum operasjonsstuer	2	3	5	6	6	1
Sum dagplasser, dialyse	5	5	10	7	7	Ikke relevant
Sum dagplasser, medisin + dag.kir.	5	3	8	6 + 7	6	Ikke relevant
Sum poliklinikkrom	12 + spesialrom	12 + spesialrom	24 + spesialrom*	33	33	Avhengig av behovet for nye spesialrom
Sum plasser Akuttmottak	2-3	3-4	6-7	4-5	4-5	2

Røde tall representerer mangel på plasser/rom, grønne tall representerer overskudd på plasser.

*Dette tallet vil bli lavere dersom en beregner aktivitetene samlet for Ssj og Msj. Som eksempel vil det være behov for færre spesialrom for endoskopi når det beregnes samlet som en lokasjon enn når en legger sammen aktivitet beregnet for to atskilte lokasjoner (unngår dublering av rom).

Drøfting

Sengeområder: Sandnessjøen sykehus er bygd med en større kapasitet for sengerom enn det som er i bruk og driftes. Det er mange sengerom som er tatt i bruk til annet formål, som f.eks. dagbehandling, undersøkelse og behandlingsrom innenfor et fagområde, kontor og møterom. Dersom noen av disse funksjonene flyttes til annen plassering internt i bygget, er det mulig å tilfredsstille behovet for økt kapasitet for senger.

Funksjonell egnethet for sengeområder i Ssj (jmf. FE rapport av okt. 2021). Sengeområdene ved Ssj ble alle vurdert som rød, dvs. arealene bør oppgraderes og/eller utvides i FE rapporten. Dette er begrunnet med flere forhold.

- Flersengsrom, der to rom (2+1 pasienter) deler WC/dusj. Det er også sengerom uten direkte tilgang til WC/dusj, disse må bruke felles WC/dusj på andre siden av korridoren. Romstørrelsene er ikke etter dagens standard for en- og flersengsrom, men mindre enn anbefalt.
- Det er generell arealmangel på støtterom som forbrukslager og utstyrlager. Dagens lagerrom er for små og det lagres der det plass.
- Det er for få arbeidsplasser til ansatte og disse rommene har ikke en tilfredsstillende størrelse.

Dette er forhold som ikke vil endre seg hvis sengepostenes kapasitet utvides ved at rom som er bygd som sengerom igjen tas i bruk. Det henvises her til 4-sengsrommene med WC/dusj. Utvidelsen av kapasiteten vil kunne gå på bekostning av andre funksjoner/fagområder som i dag bruker rom på sengepostene. Det bør ses på muligheter for omdisponering av rom slik at et sengeområde kan deles opp i sengetun og med flere arbeidsstasjoner. Det bør vurderes om kvaliteten på desinfeksjonsrom kan økes, helst med 2- romløsning (et urent desinfeksjonsrom og et rent lager).

Økt behov for lager for forbruksmateriell, tøy og utstyr bør vurderes opp mot mer aktiv forsyning. Det er arealknapphet på alle typer lagerfunksjoner, inkludert utstyr.

Dersom det skal tas i bruk sengerom på plan 5 og 6 som i dag benyttes til annet, må alle rom og plassering av rom gjennomgå med tanke på annet bruk/annen funksjon.

Oppvåkning/intermediær og intensiv

Oppvåkning, intermediær og intensiv er samlokalisert og kapasiteten på senger utnyttes på tvers. Økt antall kirurgiske inngrep kan medføre et økt behov for oppvåkingsplasser, dersom det ikke er ledig kapasitet gjennom sambruk. Dette kan bl.a. løses gjennom en utvidelse av eksisterende arealer inn i tiliggende areal. Mangel på tilstrekkelig areal til støtterom gjør at noe sengekapasitet brukes som lager. En av to sengeplasser nærmest operasjon (rom 441.2) benyttes som lager for utstyr m.m. Utvidelse av lagerkapasitet annet sted, frigjør derved en plass. Det planlegges å slå sammen to sengerom til ett for å utnytte arealet bedre.

Funksjonell egnethet ved dagens intensiv/intermediær og oppvåkning ble vurdert som rød, dvs. at de må oppgraderes og/eller utvides (jf. FE rapport av okt. 2021). Dette er begrunnet i flere forhold:

- Rommene holder ikke dagens anbefalte arealstandard (for små).
- Støtteareal som tøy, forbruks- og utstyrslager er for små.
- Det er for lite areal til arbeidsplass ved sengen og i felles vaktrom for avdelingen. Arbeidsplass for sykepleier som overvåker pasient, er plassert i korridor utenfor det enkelte rom.
- Det mangler kontor og møterom/previsittrom i avdelingen.

Medisinrommet er nylig renoverert, og det er apotekstyrt legemiddelforsyning. Dette medisinrommet brukes også av akuttmottaket. Desinfeksjonsrommet er utvidet og renoverert og fungerer godt.

Isolat sambrukes med akuttmottak.

Poliklinikk: Utvidelse av kapasitet for poliklinikk kan løses gjennom flytting av administrative og ev. andre funksjoner internt og/eller midlertidig ut i et nærliggende areal. Dette kan innebære tilpasninger som etablering av gruppe 1 rom, ev. oksygen og medisinsk trykkluft (flasker?) og håndvask på rommet. Det bør også vurderes muligheten for utvidet åpningstid for poliklinikker.

Funksjonell egnethet ved dagens poliklinikker i SSJ (jf. FE rapport av okt. 2021):

Generelt har dagens somatiske poliklinikker i SSJ blitt vurdert til gul i FE rapporten. Rommene er vurdert som funksjonelle selv om spesialrommene ikke holder dagens arealstandard. Poliklinikkene mangler en del areal for flere støtterom og mulighet for utvidelse til flere spesialrom uten at nærliggende rom/funksjoner rokkeres på. Plasseringen av de forskjellige poliklinikkene og mulighetene for å kunne utvide kapasiteten med flere rom, må ses opp mot en evt. utflytting av andre funksjoner (ikke kliniske funksjoner) i midlertidig areal utenfor dagens bygg. Dette kan løses ved å sette opp f.eks. modulbygg eller flytting til nærliggende eksisterende bygg. Man vil kanskje ikke klare å oppnå optimale forhold med tanke på nærhet, men det er mulig å bevare dagens kvalitet. Det bør også vurderes muligheten for å øke aktivitet gjennom utvidet åpningstid.

Utvidelse med opptak av poliklinisk aktivitet med Helgelandsfunksjon som ikke er i SSJ i dag, vil medføre et økt arealbehov. Dette kan løses ved omrokking i eksisterende areal, samt at noen funksjoner flytter ut til andre lokaler f.eks.: i modulbygg eller i leide arealer.

Dagplasser: Dagplasser for infusjonsbehandling kan med fordel samlokaliseres med dialysen for bedre ressursutnyttelse av plasser og personell. Flytting av dagplasser vil frigjøre sengerom på plan 5.

Dialyse er planlagt fordelt over 3 dager, og vil gi ledig kapasitet på stoler og ev. personell de andre dagene.

Dagplasser for kirurgi (plasser før operasjon og etter oppvåkning) kan med fordel plasseres nærmere operasjon for å gi bedre pasientflyt, nærhet til akuttmedisinsk bistand og mindre tidsbruk til transport. En slik rokking vil også frigjøre sengerom og andre rom på plan 5.

Funksjonell egnethet ved dagens dagplasser i SSJ (jmf. FE rapport av okt. 2021).

Dagplasser for kreft og infusjonsbehandling, dagkirurgiske senger og kirurgisk sengepost ligger samlokalisert på samme plan. Det er sambruk av noen støtterom. På ettermiddag overtar personell på døgnposten ansvar for ev. pasienter på dagkirurgisk enheter. Beliggenheten av infusjonsbehandling med gjennomgang i en sengepost, kan være uheldig for pasienter med nedsatt immunforsvar.

Dialysen har i dag areal nok til sine 6 plasser, men pga. utforming av behandlingsrommet blir det trangt mellom plassene. Dette gjelder spesielt med tanke på smittevern. De har i tillegg en sengeplass.

Operasjon: Overføring av kirurgisk aktivitet fra Mosjøen vil ikke kreve økt kapasitet i Sandnessjøen. Det bør vurderes hvor mye av overført aktivitet som kan utføres i poliklinikk.

Funksjonell egnethet ved dagens operasjonsenhet ble vurdert som grønn (jf. FE rapport av okt. 2021). De 3 generelle operasjonsstuene er mindre enn dagens anbefalte standard på 50 m², men varierer fra ca. 40, 4 til 42,4 m² og er funksjonelle i fht. type inngrep. Det er et forberedelsesrom (16m² – jf. Standard) per

operasjonsstue og to desinfeksjonsrom på tre stuer. Støttearealet til stuen er funksjonelt. Dette området er oppgradert og holder en god standard. Det ligger en mindre operasjonsstue (for ØNH), samt en stue for tannbehandling utenfor sluset grønt område. Disse to stuen deler på et desinfeksjonsrom. Det er for lite lagerplass for utstyr og forbruksvarer generelt i operasjonssentralen noe som medfører lagring i korridor.

Bilddiagnostikk: I dette scenarioet bør tilbudet om bilddiagnostiske undersøkelser fordeles til de andre lokasjonene Sandnessjøen, Mo i Rana og Brønnøysund ut fra type undersøkelse (modalitet som CT, MR, konvensjonell røntgen etc.), kapasitet per lokasjon og reisevei for pasienten. Denne løsningen krever god sentral koordinering også for pasientens beste.

Funksjonell egnethet ved dagens avdeling for bilddiagnostikk ble vurdert som grønn (god) (jf. FE rapport av okt. 2021): Dagens modaliteter har ikke areal tilsvarende anbefalt arealstandard, men totalt sett er dette en funksjonell enhet med god beliggenhet i sykehuset. Utvidelse av kapasitet kan skje ved rokkering/flytting av nærliggende arealer, utvidelse av åpningstid eller ved innleie av f.eks. CT/MR buss. Det siste alternativet er kun en kortvarig, midlertidig løsning.

Akuttmottak: Akuttfunksjoner flyttes til Ssj. Ssj har per i dag 1 større, renovert, mottaksrom på ca. 30 m² (ved intensiv) for traumer/kritisk syke og skadde pasienter + 3 mottaksrom på ca. 20 m² med plass for 1 pasient per rom. To av rommene skal slås sammen til ett på ca. 40 m² for å få plass til flere pasienter i samtidighet. Et tidligere venterom ved mottaksrom på ca. 25 m² er omdisponert til vaktrom/arbeidsstasjon for ansatte. Et tidligere UB-rom ved heis og operasjon er omdisponert til venterom for akuttmottaket. Det er ikke mulig å ha oversikt over pasienter på venterommet fra vaktrommet.

Tabellen under viser aktivitet og beregnet kapasitetsbehov 2019, samt framskrevet kapasitetsbehov 2035.

Tabell 3 Konsekvenser for dagens kapasitet i Ssj ved flytting av akuttfunksjoner fra Msj til Ssj

	Antall akuttpasienter til innleggelse	Antall akuttpasienter, polikliniske	Antall pas. i gj.sn per dag inn i akuttmottaket (døgn)	Kapasitetsbehov i plasser
Antall akuttpasienter 2019 Ssj	3500*	2200	11-12 per hverdag	3 - 4 plasser
Antall akuttpasienter 2019 Msj	1770	1950 (ca. 308 Helgelands-funksjon)	5 - 6 per hverdag	2 - 3 plasser
Sum ny aktivitet og kapasitetsbehov Ssj 2022	5270	4150	16 - 18 per hverdag	6 - 7 plasser
Sum antall eksisterende plasser dagens Ssj 2022				4-5 plasser, inkl. isolat delt med Intensiv
Antall akuttpasienter Ssj 2035	3500	2200	11-12 per hverdag	
Antall akuttpasienter Msj 2035	1720	1950	5 - 6 per hverdag	
Sum ny aktivitet og kapasitetsbehov Ssj 2035	5258	4150	16 - 18 per hverdag	6 - 7 plasser

*Fødepasienter er ikke medregnet, da de går rett på Føden (utgjør ca. 1 per dag).

Akuttpasienter fra Brønnøysund er medregnet i tallene for Sandnessjøen. De fleste polikliniske akuttpasienter kommer mellom 08 – 15. Det forutsettes at polikliniske akuttpasienter går direkte til poliklinikk i åpningstiden, mens utenfor poliklinikkens åpningstid vil de fleste komme til akuttmottaket.

Metoden for å beregne kapasitet i akuttmottak er valgt for å sikre en buffer i antall plasser ved samtidighet. Kapasitetsbehovet er beregnet ut fra en gjennomsnittlig oppholdstid på 4 timer i akuttmottaket, med en åpningstid på 12 timer (i praksis 24/7) alle hverdager, 261 dager (i praksis hele året, 365 dager). Metoden er basert på kjent ankomsttid til akuttmottaket gjennom døgnet (topp mellom 11-16) og beregnet antall pasienter i samtidighet.

Funksjonell egnethet ved dagens akuttmottak ble vurdert som rød (jf. FE rapport av okt. 2021).

Dette er begrunnet i flere forhold

- Pasienten transporteres via heis fra ambulanseinngang på plan 2 til akuttmottaket på plan 4 gjennom et trafikkareal åpent for alle.
- Mottaksrommene ligger i en korridor som er åpen for ferdsel, noe som kan skape uheldige situasjoner. Det er trafikk til intensiv i samme korridor som akuttmottaket ligger.
- Det er for få mottaksrom.
- Det er mangel på flere typer støtteareal, venteareal og areal til pårørende. Det er nylig etablert et nytt tøylager som sambrukes med intensiv.
- Det er for få ikke-faste arbeidsplasser og kontorarbeidsplasser i avdelingen
- Akuttmottaket har ikke observasjonssenger, noe som anbefales i dag i hht. ny faglig retningslinje Hdir 2022.
- Akuttmottaket har ikke eget isolat for mottak av smittepasient. I dag benyttes isolat som sambrukes med intensiv. Under pandemien ble det etablert ett smittemottak på 2 sengerom i daværende medisinsk sengepost på plan 5.

Dersom Ssj skal øke sin kapasitet på mottaksplasser av akuttpasienter, må arealet utvides enten gjennom flytting av akuttmottaket eller utvidelse lokalt på bekostning av andre funksjoner. Ssj har per nov. 2022 planer om å slå sammen to mottaksrom til et større for å øke kapasiteten fra 1+1 til 4 (sjekkes).

Laboratorievirksomhet

Msj mottar ca. 250 000 prøver per år fra Kommunehelsetjenesten. Det er analysekapasitet for dette volumet i MiR og Ssj.

Samlet sett vil en økning av kapasiteten ved dagens Ssj gjennom overføring av aktiviteter fra MSJ, gi noen utfordringer mht. arealdisponeringer. Plassering av ulike funksjoner må prioriteres ut fra nærhetsbehov og god pasientflyt. Kvalitetsmessig vil en rokade og fortetning av areal i liten grad gi økning sett i forhold til dagens standard, men målet må være å beholde dagens. Noen funksjoner bør få utvidet areal og dette vil gå på bekostning av andre.

Scenario 2: *Dagbehandling opprettholdes i Mosjøen, som i scenario 1. Poliklinisk aktivitet som ikke behøver spesialrom, beholdes i Mosjøen, for innbyggere i Grane, Hattfjelldal og Vefsn. Konvensjonell røntgen og begrenset laboratorietjeneste tilbys i Mosjøen. All annen somatisk virksomhet flyttes fra Mosjøen.*

Konsekvenser for sykehusbygget i Mosjøen

Bygget inneholder kun somatisk virksomhet. Alle funksjoner kan plasseres på en etasje, slik at restareal kan benyttes til døgnplasser og poliklinikk for psykisk helsevern og rus, flytte tilbake funksjoner som holder til i leide areal eksternt, eller leies ut til annen relevant virksomhet. Pasientgruppene som skal få sitt spesialisthelsetilbud i Msj, må ha mulighet for blodprøvetaking og ev. svar før oppstart av diagnostikk behandling. I tillegg skal det tilbys røntgen av thorax/skjelett. Blodprøvetaking kan løses i samarbeid med kommunehelsetjenesten, eller tas lokalt ved poliklinikk/dagbehandling. Dette kan innebære behov for prøvetakingsbåser og en liten analyse-enhet. Røntgentjeneste krever et røntgenrom med manøverrom, samt kompetent personale til bildetaking. Arealet eksisterer i dagens sykehus i Msj. Tolking og vurdering av bilde kan skje digitalt ved en av de andre lokasjonene i Helgelandssykehuset.

Tabellen under viser hvilke typer og antall rom som forblir i Mosjøen, samt kapasiteter som flyttes ut.

Tabell 4 Beregnet (2019) kapasitetsbehov for Msj og aktivitet som forblir/flyttes fra Msj

	Beregnet behov for kapasitet 2019 Msj	Dagens kapasitet Msj 2022	Kapasitet som forblir i Mosjøen	Kapasitet som flyttes fra Mosjøen til Ssj
Sum senger	19	25 + 14	0	19
Sum operasjonsstuer	2	6	0	2

Sum dagplasser	10	15	10	0
Sum poliklinikkrom (inkl. spesial)	21	36	6	8
Sum poliklinikkrom, spesial	7	18	0	7*
Sum bildediagnostikk		5	1	0

**) en del av spesialrommene som flyttes fra Msj, finnes allerede i Ssj. Det vil derfor ikke være behov for å flytte alle spesialrommene, siden de har ledig kapasitet i dag. Dette vil også til dels gjelde ordinære poliklinikkrom. Summen som må flyttes til Ssj er derfor lavere enn om man har aktivitet på to steder.*

Forutsetningen om poliklinisk aktivitet som ikke krever spesialrom, kan innebære at Msj kan ha poliklinisk tilbud innenfor de fleste fagområder, for pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn. Dette krever god oversikt og sentral koordinering og styring av fagressurser, slik at det polikliniske tilbudet er akseptabelt også ved de andre lokasjonene. Det krever også god planlegging slik at pasientene kan få en optimal logistikk og tidsbruk i fht. til rekkefølge av undersøkelser med minst mulig reisetid.

Det er ofte behov for både standard UB-rom og spesialrom for å gjennomføre et pasientforløp og oppnå effektiv pasientflyt. Dette scenarioet kan bli utfordrende å gjennomføre i praksis.

Msj mottar ca. 250 000 prøver per år fra Kommunehelsetjenesten. Det er analysekapasitet for dette volumet i MiR og Ssj.

Konsekvenser for sykehusbygget i Sandnessjøen

Dette scenarioet innebærer at poliklinisk aktivitet som krever undersøkelse og behandlingsrom (UB-rom) med krav til annen størrelse, overflater, ventilasjon og utstyr enn generelle UB-rom, flyttes til Ssj. Dette er rom som i liten grad kan sambrukes på tvers av fagområder i motsetning til generelle UB-rom. Eksempler er endoskopirom, arbeids-EKG med tredemølle og sykkel, spirometrirom, lysbehandling, audiometri og hørselssentral.

Tabellen under viser på hvilke områder Ssj vil ha tilstrekkelig eller mangel på kapasitet dersom aktivitet flyttes fra Msj til Ssj. Det er antagelig ikke behov for dublering av alle spesialrom ved flytting av aktivitet til Ssj. Samtidig har Msj spesialrom innen flere fagområder som i dag ikke finnes i Ssj.

Tabell 5 Beregnet (2019) kapasitetsbehov for Msj og Ssj. Konsekvenser for Ssj ved flytting av aktivitet fra Msj

	Beregnet behov for kapasitet 2019 Msj	Beregnet behov for kapasitet 2019 Ssj	Sum beregnet kapasitetsbehov Msj + Ssj	Dagens plasser i drift Ssj 2022	Sum faktisk kapasitet Ssj 2022 (inkl. rom tatt i bruk til annet)*	Tilstrekkelig eller mangel på kapasitet Ssj etter overføring fra Msj
Sum senger	19	50	69	66	112	43
Sum operasjonsstuer	2	3	5	6	6	1
Sum dagplasser, dialyse	5	5	5+5	7	7	2
Sum dagplasser, medisin + dag.kir.	5	3	5+3	6 + 7	6	3+ 7
Sum poliklinikkrom, (inkl. spesialrom)	21	20	41	33	33	0
Sum poliklinikkrom, spesial	7			14		
Sum plasser Akuttmottak	2 -3	3 - 4	6-7	4	4	2

Røde tall representerer mangel på plasser/rom, grønne tall representerer overskudd på plasser/rom.

*Kilde: Plantegninger HSYK. Det tas forbehold om at f.eks. rom angitt som sengerom på tegning, ikke er bygd om til annet.

Drøfting

I dette scenarioet vil en større del av poliklinisk aktivitet forbli i Mosjøen. Det er kapasitet i dagens sykehus til å ivareta alle de funksjoner som beskrives. Dersom sykehusbygget skal tømmes for aktivitet, bør det etableres akseptable arealer for poliklinikk og dagbehandling samlet i hht. dagens arealstandard i eksterne bygg. Tilbudet bør omfatte prøvetaking og røntgentjenester. Tilbudet bør vurderes etablert sammen med psykisk helsevern og rus for å gi et somatisk tilbud til denne pasientgruppen.

Flytting av funksjoner fra Msj til Ssj er drøftet under scenario 1.

Scenario 3 Tilbudet i Mosjøen opprettholdes som foreslått i hovedprogrammet konseptfase steg 1, inklusive CT og poliklinikker med spesialrom.

Planforutsetninger for beregning av areal i hovedprogrammet: *Det er planlagt at 50% av polikliniske konsultasjoner, samt 100% av dagbehandlinger (dialyse, kjemoterapi og infusjoner) skal flyttes fra Helgelandssykehuset Sandnessjøen til Mosjøen, for kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal.*

Jf. oversikt over fordeling av kliniske spesialiteter tabell 8 side 15 i Hovedprogrammet, skal Mosjøen ha døgn- og poliklinisk tilbud for psykisk helsevern og rus og tilbud inne nevropsykologi. Som en planforutsetning i konseptfase 1 ligger tilbud om dagbehandling, dialyse, lysbehandling, audiometri og noe poliklinisk virksomhet, men det er ennå ikke besluttet omfang av somatisk poliklinisk tilbud i Mosjøen, og fordelingen mellom ordinære poliklinikkrom og spesialrom vil være avhengig av endelig tilbud.

Tabellen under viser anslått arealbehov jf. hovedprogram steg 1, konseptfaserapport Helgelandssykehuset.

Tabell 6 Framskrevet kapasitetsbehov 2035 for Msj jf. Hovedprogram steg 1 (2022)

Delfunksjon	Romnavn	Kapasitetsbehov	Netto areal	Kommentar
Poliklinikk	Undersøkelse og behandling, generell	11	330	Arealnorm 30 m2
Poliklinikk	Undersøkelse og behandling, spesial	5	225	Arealnorm 45 m2
Dagområde	Dagplasser	10	220	5 plasser for dialyse, 5 medisinske dagplasser (kjemoterapi og infusjonsterapi)
Bilddiagnostikk	Konvensjonell røntgen	1	90	Planforutsetning. Areal inkl. støtterom
Bilddiagnostikk	CT	1	90	Ikke en planforutsetning, dvs. ligger ikke inne i programmet. Areal inkl. støtterom.
Apotek	Mottak av legemidler	1	20	
Laboratoriemedisin	Laboratorium, Analyse	1	30	
Administrative funksjoner	Kontor og møterom		280	

Konsekvenser for sykehusbygget i Mosjøen

Poliklinisk virksomhet innen helgelandsfunksjonene (fagområdene urologi, nevrologi, øye, plastikk-kirurgi og hud) og sykepleierdrevne poliklinikker forblir i Mosjøen for å dekke tjenestebehovet for pasientene fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn. De øvrige brukerne av helgelandsfunksjoner får sine polikliniske tjenester i SSJ. All annen somatisk døgnaktivitet og øvrig poliklinisk aktivitet flyttes til SSJ. Akuttfunksjoner flyttes til Ssj. Aktiviteten i bygget tilsier at flere støttefunksjoner som er nødvendige for å drifte aktiviteten, må ivaretas i bygget. De fleste av disse funksjonene finnes i dag i eksisterende bygg. Arealbehov for disse servicefunksjonene er ikke fastsatt, men tilpasses virksomheten.

Drøfting

- **Dagbehandling**, dvs. kjemoterapi og infusjonsbehandling har i dag 8 plasser i stol og ett ensengsrom. Dialysen har i dag 5 plasser pluss ett isolat. Dette gir en kapasitet på 15 plasser for dagbehandling

totalt. Dagens beregnede behov samt framskrevet behov for dagplasser er lavere. Kapasiteten for dialyse og annen dagbehandling vil være god både i dagens situasjon og for framtidig behov.

- **Poliklinikk:** Msj har i dag ca. 18 UB-standard og ca. 18 UB-spesialrom. Beregnet kapasitetsbehov for alle poliklinisk virksomhet (2019) utgjør ca. 21 poliklinikkrom (inkludert spesialrom), hvorav Helgelandsfunksjoner har behov for 7 rom + ca. 10 spesialrom (lysbehandling, EEG, cystoskopi, øyeoperasjon og øye injeksjon, samt øyeundersøkelser). De fagområdene som hører under Helgelandsfunksjonen, har behov for flere spesialrom innenfor ett fagområde. Som eksempel krever lysbehandling flere rom avhengig av hvilken del av kroppen som skal belyses. Msj har ca. 18 UB-rom med spesielle krav fra før og trenger derved ikke erstatning. Støtterom til virksomheten eksisterer. I rapporten for funksjonell egnethet er areal inkludert støtterom for dagbehandling og poliklinikk for hud, øye og gynekologi vurdert som tilfredsstillende, mens arealene for nevrologisk og urologisk poliklinikk trenger oppgradering. Urologisk poliklinikk vil få tilfredsstillende arealer når andre fagområder flyttes ut. Nevrologisk poliklinikk kan få bedre forhold og mer areal i fraflyttede arealer i 1. eller 2. etasje i hovedfløyen.
- **Bildedagnostikk:** Msj har i dag en CT- og en MR-maskin som er klar for utskiftning. Videreføring av tilbudet om CT i Msj vil innebære at det i nær framtid må investeres i ny CT maskin. For MR-undersøkelser foreslås det at man styrer pasientstrømmen til eksisterende lokasjoner.
- **Laboratorievirksomhet:** Det er uklart hvor stor del av laboratorievirksomheten som skal bestå i Mosjøen. Blodprøvetaking av dagpasienter, samt av pasienter fra PHV og rus, krever tilgang til prøvetaking og ev. analyseenhet. Analyse av prøver kan foregå i Ssj eller MiR, som begge har kapasitet. Msj mottar ca. 250 000 prøver per år fra Kommunehelsetjenesten. Det er analysekapasitet for dette volumet i MiR og Ssj.
Det er ikke besluttet om Msj fortsatt skal ha tilbud om blodtapping. Arealene i Msj er godkjente. Nærhet til tettsteder øker tilgang på blodgivere, som i perioder er mangelvare. Tilbudet bør vurderes opprettholdt.

Konsekvenser for sykehusbygget i Sandnessjøen

Viser til arealramme og romprogram for Sandnessjøen jf. godkjent Hovedprogram steg 1 for Nye Helgelandssykehuset.

Oppsummering for hvert scenario:

For alle scenarioer forutsettes det at dagens standard og kvalitet opprettholdes.

Scenario 1: Sykehusbygg vurderer at det er mulig å gjennomføre scenario 1 med overføring av all somatisk aktivitet, med unntak av dagbehandlinger, fra Mosjøen til Sandnessjøen med følgende betenkninger:

- Det er tilstrekkelig antall sengerom dersom det rokkeres på funksjoner som i dag benytter ledige sengerom. Det forutsettes at det er tilstrekkelig antall kliniske arbeidsplasser i/nær sengeområdet, slik at behov for planlegging av diagnostikk og behandling ivaretas, og kravet til dokumentasjon kan oppfylles.
- Det er tilstrekkelig areal til utvidelse av poliklinisk virksomhet dersom rom benyttet til kontor ved dagens poliklinikk, flyttes. Løsningen kan innebære bygningsmessige tilpasninger
- Areal for oppvåkning bør sannsynligvis utvides
- Kapasitet i akuttmottaket kan bedres gjennom etablering av korttids observasjonsplasser
- Enkelte funksjoner kan med fordel flyttes for å bedre pasientflyt, eks. dagkirurgiske plasser nærmere operasjon/oppvåkning
- Det bør vurderes hvilke kontorfunksjoner som kan flyttes ut i nærliggende bygg eller provisorier for å frigjøre plass til kliniske funksjoner.

Scenario 2: Sykehusbygg vurderer at det er mulig å gjennomføre scenario 2 hvor mer poliklinisk aktivitet forblir i Mosjøen sammen med dagbehandling, i tillegg til begrenset røntgen og laboratorietjeneste.

- De samme betenknninger gjelder som for scenario 1 med unntak av at det blir mindre behov for etablering/sambruk av generelle poliklinikkrom i Ssj
- Poliklinikkareal i sykehusbygget i Mosjøen har kapasitet for dagens og framskrevet aktivitet, og arealene er vurdert som tilfredsstillende. Det bør tilstrebes å samle poliklinikkene i størst mulig grad for å utnytte rom og personalressurser best mulig, samt redusere gangavstander.
- Det er røntgenlab., prøvetaking og analyseareal i bygget.
- Utfordringen ligger i bruk av restarealet i bygget.

Scenario 3: Sykehusbygg vurderer at det er mulig å gjennomføre scenario 3 hvor dagbehandling og poliklinisk aktivitet beskrevet i Hovedprogram forblir i Mosjøen sammen med tilbud om røntgen, CT og laboratorietjeneste.

- De samme betenknninger gjelder som for scenario 1 med unntak av at det blir mindre behov for ev. etablering/sambruk av generelle poliklinikkrom og spesialrom i Ssj
- Poliklinikkareal i sykehusbygget i Mosjøen har kapasitet for dagens og framskrevet aktivitet, og arealene er vurdert som tilfredsstillende. Det bør tilstrebes å samle poliklinikkene i størst mulig grad for å utnytte rom og personalressurser best mulig, samt redusere gangavstander
- Det er røntgenlab., CT, prøvetaking og laboratorievirksomhet med analyseareal i bygget. Det er rapportert at CT snart trenger utskiftning, og det medfører en investeringskostnad
- Utfordringen ligger i bruk av restarealet i bygget.

Vurderingene som er gjort er basert på at løsningene er midlertidige og at standard og kvalitet ikke skal være dårligere enn i dagens funksjonsområder.

Alle de tre scenariene vil gi en høyere aktivitet knyttet til pasientbehandling enn dagens situasjon i sykehuset i Sandnessjøen. Dette kan gi større utfordringer ved rokadene som må til ved gjennomføring av byggeprosjektet for permanente løsninger for realisering av Nye Helgelandssykehuset.



ROS - analyse

Alternative scenarior i Mosjøen
09.12.2022

Scenarier

1. All somatisk aktivitet flyttes fra Mosjøen bortsett fra dialysebehandling, kjemoterapi og infusjoner - beregnet til 10 dagbehandlingsplasser.

2. Dagbehandling opprettholdes i Mosjøen, som i scenario 1. Poliklinisk virksomhet som ikke behøver spesialrom, beholdes i Mosjøen. Konvensjonell røntgen og begrenset laboratorietjeneste tilbys i Mosjøen. I analysene og ved beregning av rombehov anslår en at dette utgjør om lag 50 % av poliklinisk aktivitet for befolkningen tilhørende Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

3. Tilbudet i Mosjøen opprettholdes som forutsatt i hovedprogrammet konseptfase steg 1, inklusive CT og poliklinikker med spesialrom. Planforutsetninger for beregning av areal i hovedprogrammet: *Det er planlagt at 50 % av polikliniske konsultasjoner, samt dagbehandling (dialyse, kjemoterapi og infusjoner) skal flyttes fra Helgelandssykehuset Sandnessjøen til Mosjøen, for kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal.*



Risiko-områder

1. Samlet pasienttilbud ved HSYK	2. Samlet tilgang på fagpersoner i HSYK	3. Arbeidsmiljø i HSYK	4. Utdanningskapabilitet	5. Økonomisk bæreevne	6. Omdømme til HSYK
For hver av risiko-områdene defineres en rekke risikofaktorer: "Hendelser/tilstand kan føre til virkning"					



Risikofaktorer per risiko-område

	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	
<p>1. Samlet pasienttilbud ved HSYK</p>	<p>Det valgte scenariet leder til så lav poliklinikk-kapasitet at HSYK ikke blir i stand til å møte behovet i årene som kommer</p>	<p>Et sterkt redusert areal i Mosjøen vil kunne gi mindre fleksibilitet til å absorbere en eventuell vekst i fysisk poliklinikk lokalt</p>	<p>HSYK beholder større arealer enn i scenario 1</p>	
	<p>Det valgte scenariet leder til en fragmentering av tilbudet som gjør det vanskeligere å legge til rette for helhetlige pasientforløp samt tverrfaglig samarbeid</p>	<p>Gir minst grad av fragmentering gitt eksisterende strukturvedtak</p>	<p>Større fravær av spesialister ved akuttisykehusene, spesielt i små fag, reduserer den differensialdiagnostiske kababiliteten</p>	<p>Større fravær av spesialister ved akuttisykehusene, spesielt i små fag, reduserer den differensialdiagnostiske kababiliteten</p>
	<p>Det valgte scenariet leder til et økt behov for planlegging og koordinering av fagpersoners tilstedeværelse, noe som gir en økt sårbarhet i pasienttilbudet.</p>	<p>Gir minst grad av sårbarhet i pasienttilbudet gitt eksisterende strukturvedtak</p>	<p>Økt grad av ambulering gir større planleggingsutfordringer og erstatningsutfordringer ved fravær</p>	<p>Økt grad av ambulering gir større planleggingsutfordringer og erstatningsutfordringer ved fravær</p>
	<p>Det valgte scenariet leder generelt til en fragmentering av tilbudet som gjør det vanskelig å drive faglig utvikling</p>	<p>Gir minst grad av fragmentering gitt eksisterende strukturvedtak</p>	<p>Økt grad av fragmentering gjør det vanskeligere å sikre en felles ensartet utvikling av tjenestetilbudet</p>	<p>Økt grad av fragmentering gjør det vanskeligere å sikre en felles ensartet utvikling av tjenestetilbudet</p>
	<p>Det valgte scenariet leder til en reduksjon av samlet behandlingsareal i HSYK som gir økt sårbarhet i en krisesituasjon</p>	<p>Et sterkt redusert areal i Mosjøen vil kunne gi HSYK mindre fleksibilitet ved en katastrofesituasjon</p>	<p>HSYK beholder større arealer enn i scenario 1</p>	<p>HSYK beholder større arealer enn i scenario 1</p>



Risikofaktorer per risiko-område

1. Samlet pasienttilbud ved HSYK (forts.)

	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Det valgte scenariet leder til en fragmentering av fagmiljøene som vanskeliggjør stabilisering og rekruttering	Gir minst fragmentering av fagmiljøene gitt eksisterende strukturvedtak	Det er tyngre å rekruttere til arbeidsplasser der fagmiljøene fragmenteres	Det er tyngre å rekruttere til arbeidsplasser der fagmiljøene fragmenteres
Det valgte scenariet leder til foretaket i en kortere eller lenger periode mister deler av pasienttilbudet	HSYK kan miste hele eller deler av fagtilbudet i en periode dersom hele småfag slutter samlet	Det er lite trolig at en poliklinikk uten spesialrom utgjør en større stabiliserende faktor	På kort sikt gir et utvidet poliklinisk tilbud i Mosjøen lavest risiko for tap av lokal kompetanse
Det valgte scenariet hindrer muligheten for å bygge opp et robust hovedsykehus i tråd med de kvalitative ambisjonene i strukturvedtaket	Strukturvedtaket er basert på å bygge et sterkest mulig fagmiljø på sykehusene	En økt grad av ambulering gjør det vanskeligere å bygge robuste fagmiljø, gitt den begrensede størrelsen på mange fag i HSYK	En økt grad av ambulering gjør det vanskeligere å bygge robuste fagmiljø, gitt den begrensede størrelsen på mange fag i HSYK
Det valgte scenariet vanskeliggjør en multidisiplinær vurdering av pasientene på akuttsykehusene og derved et svekket pasienttilbud	Svært mange pasienter innlegges med uavklarte tilstander som krever multidisiplinær kompetanse	Økt ambulering og fragmentering reduserer sannsynligheten for tilstedeværelse av multidisiplinær kompetanse	Økt ambulering og fragmentering reduserer sannsynligheten for tilstedeværelse av multidisiplinær kompetanse



Risikofaktorer per risiko-område

2. Samlet tilgang på fagpersoner i HSYK

	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Det valgte scenariet leder til at rekrutteringen vanskeliggjøres fordi det følger med krav om ambulering til Mosjøen i tillegg til øvrig ambulering	Gir minst grad av ambulering gitt eksisterende strukturvedtak	Det er krevende å rekruttere til arbeidsplasser der det forventes betydelig ambulering	Det er krevende å rekruttere til arbeidsplasser der det forventes betydelig ambulering
Det valgte scenariet leder til at det slutter så mange ansatte i Mosjøen samtidig at HSYK får problemer med å etablere et robust hovedsykehus	På lang sikt vil en størst mulig samling gi størst grad av robusthet, men umiddelbart tap av fagpersoner vil kunne gi utfordringer på kort sikt	Det er lite trolig at en poliklinikk uten spesialrom utgjør en større stabiliserende faktor enn scenario 1	På kort sikt gir et utvidet poliklinisk tilbud i Mosjøen lavest risiko for tap av lokal kompetanse
Det valgte scenariet leder til at rekrutteringsbasen i Mosjøen i stor grad forblir uutnyttet	Få arbeidsplasser ved HSYK i Mosjøen vil kunne lede til at HSYK ikke får tilgang på relevant kompetanse	Det er lite trolig at en poliklinikk uten spesialrom utgjør en større stabiliserende faktor enn scenario 1	Gir flest arbeidsplasser i Mosjøen
Det valgte scenariet leder til svekket rekruttering fordi fagmiljøene fragmenteres mer enn nødvendig	Større fagmiljø fremmer rekruttering og stabilisering i større grad enn små	Større fragmentering av fagmiljøene	Større fragmentering av fagmiljøene



Risikofaktorer per risiko-område

	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	
3. Arbeidsmiljø i HSYK	<p>Det valgte scenariet leder til en dramatisk økning av langtidssykemeldinger blant de ansatte i Mosjøen</p>	<p>Vi mener vårt personell er så profesjonelle at valg av scenario i liten grad påvirker sykemeldingsstatistikken</p>	<p>Vi mener vårt personell er så profesjonelle at valg av scenario i liten grad påvirker sykemeldingsstatistikken</p>	
	<p>Det valgte scenariet gjør at ansatte i Mosjøen betaler prisen for nye sykehusbygg andre steder på Helgeland, noe som leder til krevende samarbeidsforhold internt</p>	<p>Uansett scenario vil ansatte i Mosjøen kunne føle på dette, men vi tror profesjonaliteten ikke påvirkes</p>	<p>Uansett scenario vil ansatte i Mosjøen kunne føle på dette, men vi tror profesjonaliteten ikke påvirkes</p>	<p>Uansett scenario vil ansatte i Mosjøen kunne føle på dette, men vi tror profesjonaliteten ikke påvirkes</p>
	<p>Det valgte scenariet fordrer så stor grad av ambulering av de ansatte at det påvirker arbeidsmiljøet negativt, både for dem som ambulerer og for dem som blir stående med svekket tilstedeværelse av spesialister</p>	<p>Uansett scenario vil ansatte i HSYK kunne føle på dette, men vi tror ikke profesjonaliteten påvirkes</p>	<p>Uansett scenario vil ansatte i HSYK kunne føle på dette, men vi tror ikke profesjonaliteten påvirkes</p>	<p>Uansett scenario vil ansatte i HSYK kunne føle på dette, men vi tror ikke profesjonaliteten påvirkes</p>
	<p>Det valgte scenariet leder til så mye støy at det truer lederlinje-lojaliteten i HSYK.</p>	<p>Uansett scenario tror vi ikke profesjonaliteten til lederne i HSYK påvirkes</p>	<p>Uansett scenario tror vi ikke profesjonaliteten til lederne i HSYK påvirkes</p>	<p>Uansett scenario tror vi ikke profesjonaliteten til lederne i HSYK påvirkes</p>
	<p>Det valgte scenariet gir så stor frustrasjon at det leder til sykemeldingsaksjoner</p>	<p>Vi mener vårt personell er så profesjonelle at valg av scenario ikke leder til ulovlige aksjoner</p>	<p>Vi mener vårt personell er så profesjonelle at valg av scenario ikke leder til ulovlige aksjoner</p>	<p>Vi mener vårt personell er så profesjonelle at valg av scenario ikke leder til ulovlige aksjoner</p>



Risikofaktorer per risiko-område

4. Utdannings- kapabilitet i HSYK

Det valgte scenariet gir en fragmentering av læringsarenaene som hindrer gode utdanningsløp for LIS-leger

Det valgte scenariet leder til svekket tilstedeværelse ved akuttisykehusene, som bidrar til en svekkelse av kommende medisin-studentundervisningen

Det valgte scenariet leder til en fragmentering av sykepleier-ressursene som bidrar til en svekkelse av læringsarenaene til sykepleierstudentene

Det valgte scenariet leder til en fragmentering av fagmiljøene som gir dårligere rammevilkår for forskning og innovasjon

Det valgte scenariet gir for lavt pasientvolum på ett sted til å drive effektiv spesialistutdanning og dermed tap av godkjenning som læringsarena.

Scenario 1

Gir minst grad av fragmentering gitt eksisterende strukturvedtak

Gir størst grad av tilstedeværelse og oppfølging

Gir størst grad av tilstedeværelse og oppfølging

Generelt gir større og samlede fagmiljø best rammevilkår for forskning

Volum av pasienter og tilstedeværelse av spesialister er en forutsetning for å være en godkjent læringsarena

Scenario 2

En fragmentering av tjenestene gir større utfordringer med å sikre gode læringsarenaer

Gir mindre grad av tilstedeværelse for oppfølging av studenter

Gir mindre grad av tilstedeværelse for oppfølging av studenter

Gir muligens noe dårligere rammevilkår, men sannsynligvis av begrenset konsekvens

Gir lavere pasientvolum på akuttisykehusene samt lavere grad av spesialisttilværelse

Scenario 3

En fragmentering av tjenestene gir større utfordringer med å sikre gode læringsarenaer

Gir mindre grad av tilstedeværelse for oppfølging av studenter

Gir mindre grad av tilstedeværelse for oppfølging av studenter

Gir muligens noe dårligere rammevilkår, men sannsynligvis av begrenset konsekvens

Gir lavere pasientvolum på akuttisykehusene samt lavere grad av spesialisttilværelse



Risikofaktorer per risiko-område

5. Økonomisk bæreevne for Nye HSYK

Det valgte scenariet blir så kostnadskrevende å realisere at byggeprosjektet Nye HSYK vanskelig lar seg gjennomføre med de gjeldende krav til egenkapital og driftsresultat

Det valgte scenariet leder til at så mange ansatte slutter at tapet av ISF-inntekter overstiger effekten av lønnsbesparelsene

Det valgte scenariet leder til økte driftskostnader som svekker muligheten for nødvendige investeringer i teknologi og utstyr nødvendig for moderne behandling

Det valgte scenariet fordrer dublering av utstyrspark og dublering av trent støttepersonell som samlet og hver for seg fordyrer driften

Det valgte scenariet gir pasientreisekostnader som overstiger gevinsten ved samling av fagmiljøene

Scenario 1

Scenario 2

Scenario 3

Bidrar til å sikre økonomisk bæreevne på NOK 3 000 mill for Nye HSYK

Bidrar i mindre grad til å sikre tilstrekkelig grad av gevinstrealisering for å sikre økonomisk bæreevne

Bidrar ikke til å sikre tilstrekkelig grad av gevinstrealisering for å sikre økonomisk bæreevne

Kan gi en midlertidig utfordring dersom mange slutter samtidig, men på sikt vil større fagmiljø rekruttere bedre

Det er lite trolig at en poliklinikk uten spesialrom utgjør en større stabiliserende faktor

Vil kunne gi lavere risiko på kort sikt, men er i mindre grad en relevant risiko på lang sikt

Midler til drift og investeringer går av samme budsjett og henger sammen.

Scenariet gir høyere driftskostnader

Scenariet gir høyere driftskostnader

Gir i minst mulig grad behov for dublering

Scenariet gir høyere driftskostnader

Scenariet gir høyere driftskostnader

Scenariet gir større besparelser enn estimatene knyttet til kostnadene med økt pasienttransport

Scenariet gir større besparelser enn estimatene knyttet til kostnadene med økt pasienttransport

Scenariet gir større besparelser enn estimatene knyttet til kostnadene med økt pasienttransport



Risikofaktorer per risiko-område

5. Økonomisk bæreevne (forts.)

	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Det valgte scenariet leder til en reduksjon i det faglige tilbudet som gir økte fristbruddkostnader	På kort sikt kan det bli en utfordring dersom HSYK mister hele eller deler av småfagtilbudet i en periode	Det er lite trolig at en poliklinikk uten spesialrom utgjør en større stabiliserende faktor	På kort sikt minst risiko for fristbrudd, men på lang sikt vil robuste fagmiljø være den beste garantien mot fristbrudd
Det valgte scenariet leder til tap av faglige tilbud som gir en økning i kostnader forbundet med gjestepasienter	På kort sikt kan det bli en utfordring dersom HSYK mister hele eller deler av småfagtilbudet i en periode	Det er lite trolig at en poliklinikk uten spesialrom utgjør en større stabiliserende faktor	På kort sikt minst risiko for fristbrudd, men på lang sikt vil robuste fagmiljø være den beste garantien mot fristbrudd



Risikofaktorer per risiko-område

6. Omdømme til HSYK

Det valgte scenariet leder til så mye støy rundt prosessen gjør at ansatte mister troen på strukturvedtaket og søker seg vekk fra HSYK

Det valgte scenariet forsterker en allerede krevende rekrutteringssituasjon slik at denne blir ytterligere forverret

Det valgte scenariet leder til så mye støy rundt prosessen at mange pasienter søker seg bort til andre foretak

Det valgte scenariet gjør det krevende for HSYK å tiltrekke seg studenter

Det valgte scenariet leder til en forverring av samhandlingsklimaet med Grane, Vefsn og Hattfjelldal kommuner

Scenario 1

Scenario 2

Scenario 3

Det er viktig at styrene i HF'et og RHF'et står støtt i strukturvedtaket slik at unødig støy unngås

Det er viktig at styrene i HF'et og RHF'et står støtt i strukturvedtaket slik at unødig støy unngås

Det er viktig at styrene i HF'et og RHF'et står støtt i strukturvedtaket slik at unødig støy unngås

En størst mulig samling av fagmiljøene vil være det beste virkemiddelet for rekruttering på sikt

Gir i mindre grad en samling av fagmiljøene

Gir i mindre grad en samling av fagmiljøene

På kort sikt relevant ved alle scenarier, men på lengre sikt vil stabile og robuste fagmiljø være den beste garantien for pasienttilstrømning

På kort sikt relevant ved alle scenarier, men på lengre sikt vil stabile og robuste fagmiljø være den beste garantien for pasienttilstrømning

På kort sikt relevant ved alle scenarier, men på lengre sikt vil stabile og robuste fagmiljø være den beste garantien for pasienttilstrømning

Robuste læringsarenaer med høy sikkerhet for tilstedeværelse av fagpersoner reduserer risikoen

Gir noe mindre robuste læringsarenaer

Gir noe mindre robuste læringsarenaer

Scenariet gir det minste lokale tilbudet, men like fullt det mest robuste

Gir noe bedre lokalt tilbud, men da på bekostning av samlet robusthet

Gir noe bedre lokalt tilbud, men da på bekostning av samlet robusthet



Risikofaktorer per risiko-område

6. Omdømme til HSYK (forts.)

- Det valgte scenariet leder til så mye støy at det blir ytterligere en omkamp om strukturvedtaket
- Det valgte scenariet svekker nærheten til tjenestetilbudet for så mange pasienter at omdømmet til HSYK påvirkes negativt

Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
To helseministere har bekreftet strukturvedtaket	To helseministere har bekreftet strukturvedtaket	To helseministere har bekreftet strukturvedtaket
Kvaliteten og robustheten i tjenesten veier opp for noe lengre reisevei	Kvaliteten og robustheten i tjenesten veier opp for noe lengre reisevei	Kvaliteten og robustheten i tjenesten veier opp for noe lengre reisevei



Oppsummering av risiko-områdene

Risikoområde	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Samlet pasienttilbud ved HSYK	Green	Yellow	Yellow
Samlet tilgang på fagpersoner i HSYK	Yellow	Yellow	Yellow
Arbeidsmiljø i HSYK	Green	Green	Green
Utdanningskapabilitet i HSYK	Green	Yellow	Yellow
Økonomisk bæreevne for Nye HSYK	Green	Yellow	Red
Omdømme til HSYK	Yellow	Yellow	Yellow

Kvalitet

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÄTIE



INNHold VED HSYK MOSJØEN I Fremtidens NYE HSYK

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

15.10.22 G.Mo

Respekt

Trygghet

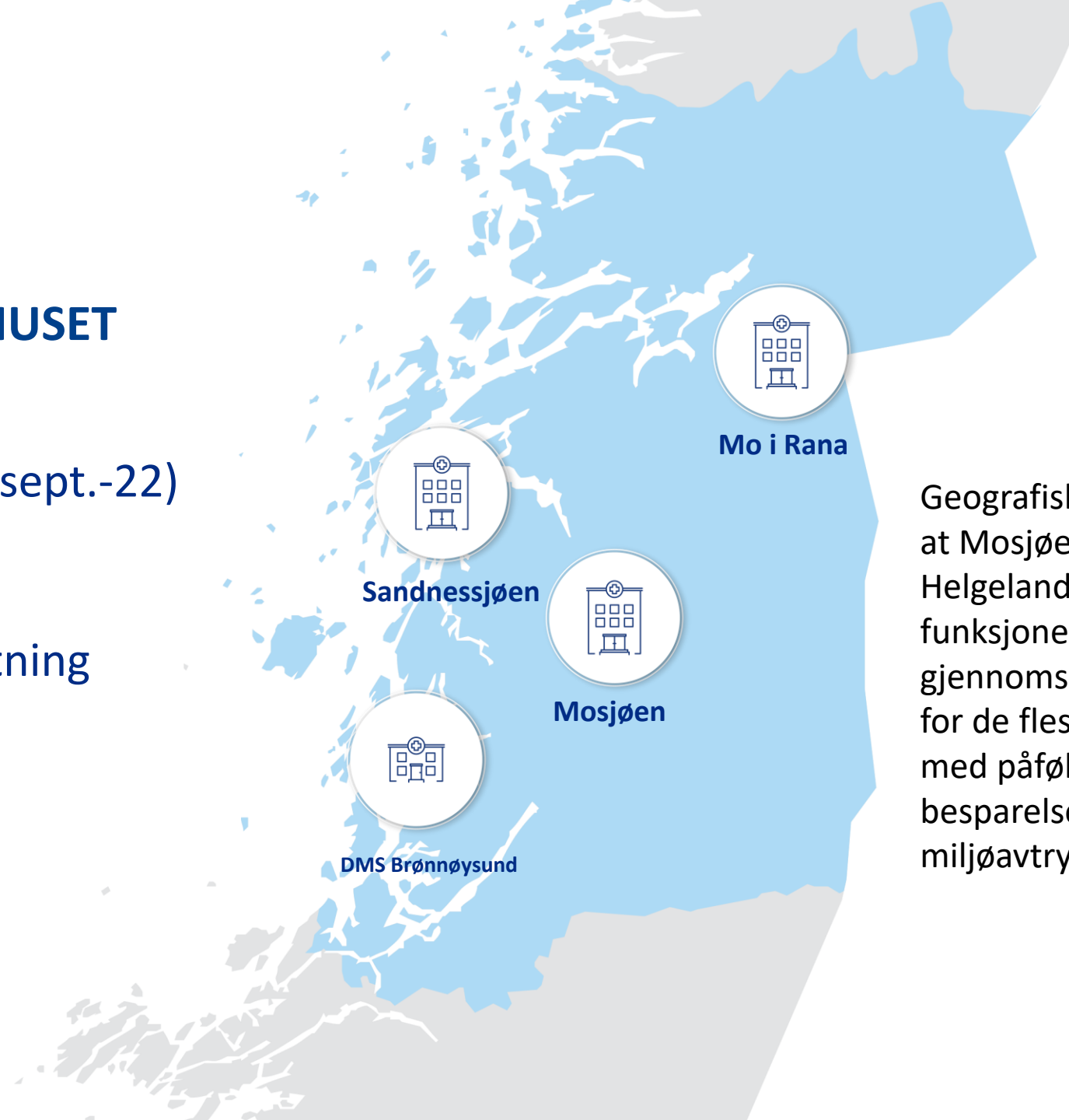


- Helseministerens strukturvedtak for Helgelandssykehuset 27.01.20 forutsettes kjent.
- I fht. HSYK MSJ er det spesifisert i pkt. 4:
« I konseptfasen utredes etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen. Som del av utredningen vurderes også det somatiske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

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

HELGELANDSSYKEHUSET

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



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

OVERORDNEDE MÅL med PASIENTEN I FOKUS

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

Deltakere: Enhetsledere/avdelingsledere i samarbeid med ansatte

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

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÆTIE



**Medisinsk område
HSYK MSJ**

Kvalitet

Respekt

Trygghet

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Gastroenterologisk poliklinikk videreføres som i dag samt forsterkes.

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Tarmscreening coloncancer. Helgelandsfunksjon.

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Utdanne/ansette gastrosykepleier

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Lungepoliklinikk videreføres som i dag

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Kardiologisk poliklinikk videreføres som i dag

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Nyremedisinsk poliklinikk videreføres som i dag

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Dialyse videreføres som i dag.

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Nevrologisk poliklinikk videreføres som i dag. Helgelandsfunksjon.

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Søvnlaboratorium videreføres som i dag. Helgelandsfunksjon.

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

Pasvennlighet:

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Utdanne/ansette neurologisk sykepleier.

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: CT/MR

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Etablere palliativt team med Helgelandsfunksjon.

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Intermediær sengepost i samarbeid med primærhelsetjenesten

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Stabiliseringsfunksjon akutt dårlige pasienter

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



**Kirurgisk område
HSYK MSJ**

Kvalitet

Respekt

Trygghet

Innspill: Hudpoliklinikken skal være i Mosjøen

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Oftalmologisk avdeling må være i Mosjøen

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

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

Innspill: Urologisk poliklinikk

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Dagkirurgi, beholde dagkirurgi med anestesiberedskap på dagtid

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÆTIE



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

Kvalitet

Respekt

Trygghet

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

Problem vi ønsker løst: Pasienter slipper unødig reising

Gjøres idag

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

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

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

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

Innspill:

Sterilsentral opprettholdes

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÄTIE



Røntgenavdelingen
HSYK MSJ

Kvalitet

Respekt

Trygghet

Innspill: Opprettholde radiologisk tilbud i MSJ

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Konvensjonell røntgen

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Ultralyd

Problem vi ønsker løst: Fremdeles drift av UL i MSJ

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: CT

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: MR

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: CT Coronarangiografi med Helgelandsfunksjon i samarbeid med kardiolog

Problem vi ønsker løst: pasientreisetid

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

Problem vi ønsker løst: Fortsette poliklinisk drift av Helgelandsfunksjoner

Pro

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

Con

- Faglig

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

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

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Beholde aktuelle Helgelandsfunksjoner i Mosjøen

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

Pro

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

Con

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

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

Behov for faktagrunnlag: Tekst

INNSPILL FRA RADIOLOG KLAUS BECKER:

Økonomi 1:

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

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

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

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

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

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

Økonomi 2:

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

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

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

Mistanke (!) om hoftebrudd:

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

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

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

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

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

Mistanke om aortaaneurisma:

like som ved slag. Tidsfaktor har enormt betydning.

Akutt abdomen: Ct diagnostikk i Mosjøen kan forkorte tid til behandling, like som ortopedisk eksempel ovenfor.

Mange flere eksempler, gjelder også andre diagnostiske prosedyrer. Med vel definerte prosedyrer (som bl.a. definerer når man ta diagnostikk i Mosjøen først) blir slikt fremgangsmåte ikke til pasientfelle, helt motsatt!!

Mange flere tanker, men for liten tid:

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

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

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

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

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÆTIE



**Laboratoriet/Blodbank
HSYK MSJ**

Kvalitet

Respekt

Trygghet

Innspill: Opprettholde laboratorietilbud som i dag

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Laboratorietilbud innen mikrobiologi som i dag

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Blodbanken i MSJ ikke bare en tappestasjon.

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Opprettholde tilbud om veneseccio i MSJ

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Se på muligheten for vandrende blodbank.

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÄTIE



**Kliniske
servicefunksjoner
HSYK MSJ**

Kvalitet

Respekt

Trygghet

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Fortsette et poliklinisk tilbud i Mosjøen med klinisk ernæringsfysiolog

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Hjerneslagspoliklinikk i Mosjøen

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Gruppetilbud i modell av hjertetrening SSJ

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: LMS-kurs i Mosjøen

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÆTIE



**Kontortjenesten og
Felles inntakskontor
HSYK MSJ**

Kvalitet

Respekt

Trygghet

Innspill: Skrivetjenesten i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Nærhet til behandlere

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Ekspedisjonen i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Tilgjengelighet for behandlere og pasienter

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Kontortjenesten i Mosjøen

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Inntakskontor i Mosjøen

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Kodekontrollere lokalisert i Mosjøen

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

ØKONOMISKE BETRAKTNINGER

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

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

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





Gruppearbeid 22.09.2022

Deltakere i gruppa:

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





Medvirkning vedrørende tilbud i Mosjøen

I henhold til vedtakspunkt 4

Kvalitet

Respekt

Trygghet





Innspill fra lederne i Mosjøen

8. september 2022

Kvalitet

Respekt

Trygghet

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

Problem vi ønsker løst: Behov i befolkningen,

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Følgetjeneste med int/ an spl.

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

Pro

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

Con

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

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

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Kompetansesenter i Mosjøen for prehospital og inhospital tjeneste

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Vandrende blodbank

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Polikliniske pasienter 24/7 som idag

Problem vi ønsker løst: Pasienter slipper unødig reising

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Akutte stabiliseringssenger for spesialisthelsetjenesten i Mosjøen

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



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

Problem vi ønsker løst: Pasienter slipper unødig reising

Gjøres idag

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Ønsker døgkontinuerlig CT i Mosjøen

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: CT i bil

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Ønsker gastrolab (screening for tarmkreft) i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Tekst

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Sterilsentral opprettholdes

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Intermediærsenger fra spesialisthelsetjenesten i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Behov for døgnenger i Mosjøen

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



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

Problem vi ønsker løst: Tekst

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill fra lederne i Mosjøen

8. september 2022

Kvalitet

Respekt

Trygghet



Innspill: Akutte stabiliseringssenger for spesialisthelsetjenesten i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Tekst

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



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

Problem vi ønsker løst: Tekst

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Ønsker CT i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Tekst

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill: Ønsker gastrolab (screening for tarmkreft) i Mosjøen

Problem vi ønsker løst: Tekst

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Gruppearbeid 22.09.2022

Deltakere i gruppa:

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

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



Medvirkning vedrørende tilbud i Mosjøen

I henhold til vedtakspunkt 4

Kvalitet

Respekt

Trygghet





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

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

Pro

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

Con

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

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

Behov for faktagrunnlag: Tekst

Innspill: Prehospitalt kompetanse- og treningscenter i Mosjøen

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

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

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst



Innspill:

Problem vi ønsker løst: Tekst

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak: Tekst

Behov for faktagrunnlag: Tekst

28.09.2022

Medvirkningsprosess sept/okt 2022

- Tilbakemelding fra Grane kommune

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

Bent Høie, 27.01.2020 – daværende helseminister:

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

Spesialisthelsetjenester i Mosjøen i HSYK 2025

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

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

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

Polikliniske tilbud

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

Meld. St. 40 (2020–2021)

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



«1.6 Ingen skal utelates

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

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

Referat fra samarbeidsmøte 22.09.2022:

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

«13.3)

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



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

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

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



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

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

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



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

- Faglig

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

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

- Bemanningsmessig

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

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

- Økonomisk
 - Tekst
- Forholdet til vedtaket
 - Tekst

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

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

- Økonomisk
 - Tekst
- Forholdet til vedtaket
 - Tekst



Kompenserende tiltak:

Behov for faktagrunnlag:

Innspill: Pediatri

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak:

Behov for faktagrunnlag:

Innspill: Kjemoterapi/infusjonspoliklinikk

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

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak:



Behov for faktagrunnlag:

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

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



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

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



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

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

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



Kompenserende tiltak:

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

Innspill: Ernæringsfysiolog

Problem som ønskes løst:

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak:

Behov for faktagrunnlag:

Innspill: Diabetes

Problem som ønskes løst:

Pro

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

Con

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

Kompenserende tiltak:

Behov for faktagrunnlag:

Helgelandssykehuset
Postboks 601
8607 MO I RANA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. DMS i Mosjøen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Nevrologi i skal fortsatt være lokalisert til Mosjøen

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

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

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

5. Samarbeid prehospitaltjenester

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

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

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

Med hilsen

Lill Inger Reinfjell
enhetsleder helsetjenesten

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og er derfor ikke signert

Kopi til:

Berit Hundåla

Rachel Berg



Møtereferat

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gjennomgang av innspillene fra kommunene v/Hauge og Strehle.

Foreløpig løypemelding om hvordan prosjektet jobber med tilbakemeldingene.

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

1. Strukturvedtaket fordrer ikke nybygg.

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

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

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

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

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

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

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

Hope: Ønsket blir formidlet videre til sykehusets ledelse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pause

Nevrologi – strukturen vurderes. Ambulering sett opp mot fragmentering.

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

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

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

Øye. Utrede videre.

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

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

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

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

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

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

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

Hauge: Behovet skal dekkes uansett hvor utstyret er plassert.

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

Vedlegg 1: Presentasjon brukt i møte

* Innspill fra Hattfjelldal kommune, mottatt 4.oktober:

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

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

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

3.Ambulerende røntgen er et ønske.

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

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

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



Kommunal medvirkning i Mosjøen – foreløpig oppsummering

06.10.2022

Kvalitet

Respekt

Trygghet

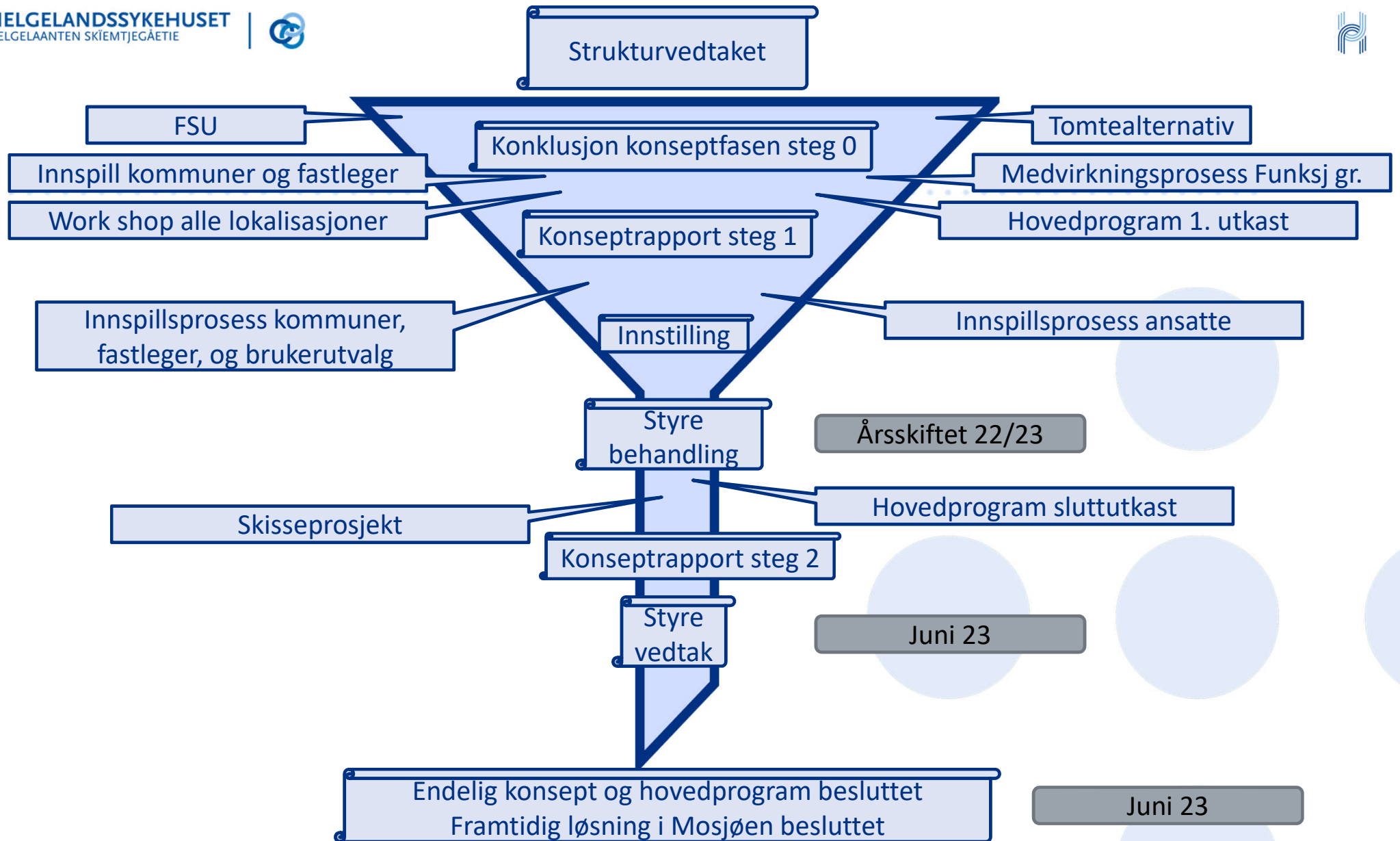


Strukturvedtaket – utdrag

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

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

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





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



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



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



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



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



Møtereferat

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

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

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

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

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

Vedlegg 2: Presentasjon v/Pål Madsen

Vedlegg 3: Referat fra møte 03.05.22



Nye Helgelandssykehuset Konseptfasen

Medvirkningsprosess sept./okt. 2022

Kvalitet

Respekt

Trygghet

Oppdrags-
dokument 2013,
grunnlag for
prosjektutvikling

Foretaksmøte,
Åpning for
endret
struktur

Ekstern
ressursgruppe,
Dialogmøter,
høringer og
fagspesifikke møter

Foretaksmøte
Strukturvedtak

Konseptfase,
Steg 1

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

Utviklingsplan
(OEC,
Hospitalitet)

Idéfase,
Helgelandssykehuset 2025. Høringer og flere alternativer

Konseptfase,
Steg 0

Konseptfase,
Steg 2

Nye Helgelandssykehuset - tidslinje



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

FOTO: SIMEN ALDRA, BA

– Jeg har siste ord

Brønnøysunds Avis, 5. aug 2016

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

Helseministeren: Strukturvedtaket ligger fast

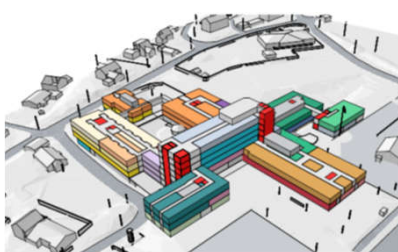


Helgelands Blad, 24. jun 2022

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



Sandnessjøen – Nybygg og ombygging
Samling somatikk og psykiatri/rus



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

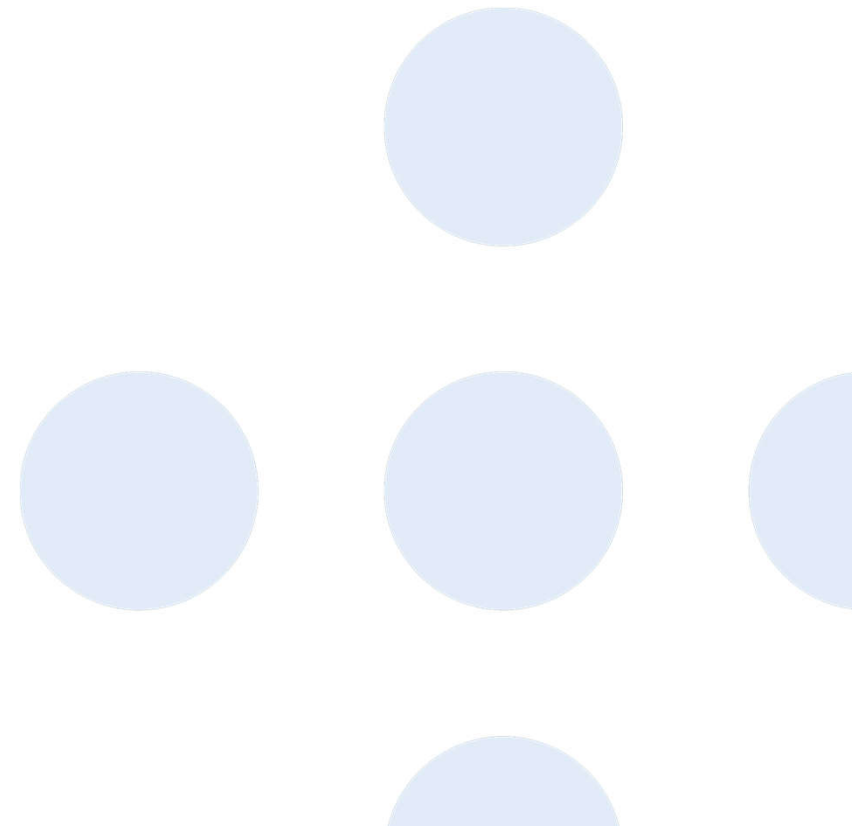


Mosjøen – Ombygging og oppgradering
Samling somatikk og psykiatri/rus

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

Plan for ekstern medvirkningsprosess vedrørende vedtakspunkt 4

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



Plan for intern medvirkningsprosess i Mosjøen

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

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

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

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

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

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

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

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

Struktur-vedtak



Faglig strategisk utviklingsplan

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

Økonomisk bæreevne

- Beregnet vår 2021

Tomter i Sandnessjøen

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



Hovedprogram

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

Økonomi

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



Konseptvalg til steg 2

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

Beslutningsstreken

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



Prehospitale tjenester

Pål Madsen
Kliniksjeff

Kvalitet

Respekt

Trygghet



Kjeden som redder liv



Kristine
Marla
Åge
Per Henning
Nicholas

Foto: Therese Jægtvik, Helgelands Blad

Dagens ambulansetjeneste Vefsn, Grane og Hattfjelldal

16 000 innbyggere

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

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

Responstider (minutter) ved hastegrad akutt 2021

(fra det ringer i AMK til ambulansen er framme)

Vefsn

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

Grane

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

Hattfjelldal

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

Anbefalte responstider

St.meld. 43 (1999 -2000):

90-percentil

Tettbygd strøk: 12 minutter

Utenfor tettbygd strøk: 25 minutter

Kjøretid fra kommunesentrene til Sandnessjøen

(ambulansen kjører «utrykning» med pasient om bord)

Fra

Mosjøen: 45 min.

Trofors: 70 min.

Hattfjelldal: 90 min.

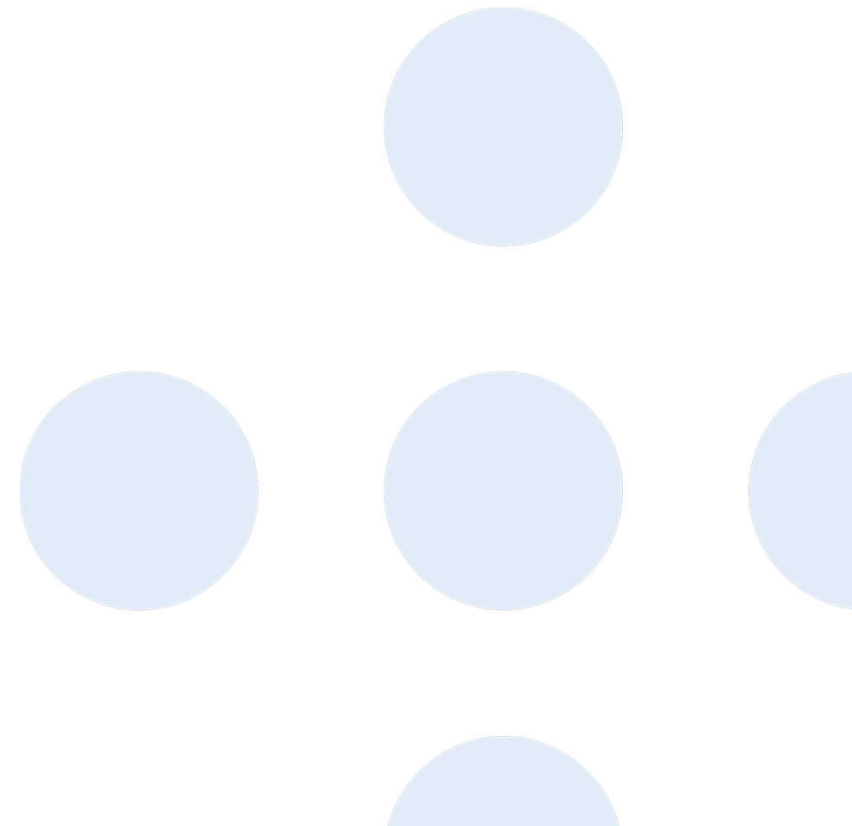
Til Selfors, Mo i Rana, ca. 20 minutter lenger

Veldig avhengig av kjøreforhold, trafikk og pasientens tilstand

Tilstander der prehospitale tider og tiltak kan ha betydning for overlevelse

«First Hour Quintet» (European Resuscitation Council)

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



Generelt om kompetanse

Bilambulanse

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

Ambulansehelikopter, redningshelikopter

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

Ambulansefly

- Sykepleier, videreutdannet i anesthesi- eller intensivsykepleie

Potensielt tidskritiske tilstander

Vefsn 13 233 innbyggere (SSB 2022)

(Basert på nasjonal statistikk - FHI 2020)

Hjerneslag

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

Hjerteinfarkt (STEMI og NSTEMI)

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

Sepsis med organsvikt

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

Ambulansetjenestens prosedyrer

Hjerneslag

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

Hjerteinfarkt

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

Sepsis

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

Potensielt tidskritiske tilstander

Vefsn 13 233 innbyggere (SSB 2022)

(*Norsk hjertestansregister)

Hjertestans

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

Alvorlige pustevansker

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

Alvorlig skade

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

Ambulansetjenestens prosedyrer

Hjertestans

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

Alvorlige pustevansker

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

Alvorlig skade

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

Potensielt tidskritiske tilstander

Grane 1 461 innbyggere (SSB 2022)

(Basert på nasjonal statistikk - FHI 2020)

Hjerneslag

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

Hjerteinfarkt (STEMI og NSTEMI)

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

Sepsis med organsvikt

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

Ambulansetjenestens prosedyrer

Hjerneslag

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

Hjerteinfarkt

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

Sepsis

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

Potensielt tidskritiske tilstander

Grane 1 461 innbyggere (SSB 2022)

(* Norsk hjertestansregister)

Hjertestans

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

Alvorlige pustevansker

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

Alvorlig skade

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

Ambulansetjenestens prosedyrer

Hjertestans

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

Alvorlige pustevansker

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

Alvorlig skade

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

Potensielt tidskritiske tilstander

Hattfjelldal 1 273 innbyggere (SSB 2022)

(Basert på nasjonal statistikk - FHI 2020)

Hjerneslag

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

Hjerteinfarkt (STEMI og NSTEMI)

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

Sepsis med organsvikt

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

Ambulansetjenestens prosedyrer

Hjerneslag

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

Hjerteinfarkt

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

Sepsis

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

Potensielt tidskritiske tilstander

Hattfjelldal 1 273 innbyggere (SSB 2022)

(* Norsk hjertestansregister)

Hjertestans

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

Alvorlige pustevansker

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

Alvorlig skade

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

Ambulansetjenestens prosedyrer

Hjertestans

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

Alvorlige pustevansker

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

Alvorlig skade

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

Planlagte prehospitalt tiltak

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

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



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

Oppsummering

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

2. Vedrørende første agendapunkt:

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

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

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

Sak: Nye Helgelandssykehuset. Konseptfasen.

Agenda:

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

Innledning:

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

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

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

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

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

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

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

Vedtaks punkt 4:

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

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

Medvirkning i pkt. 4: tilbud i Mosjøen.

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

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

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

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

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

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

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

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



Innspill fra brukerutvalget:

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

Svar til brukerutvalget:

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

Innspill fra brukerutvalget:

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

Innspill fra brukerutvalget:

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

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

Innspill fra brukerutvalget:

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

Svar til brukerutvalget:

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

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

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

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



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

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

Svar fra brukerutvalget:

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

Svar fra samhandlingsavdelingen:

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

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

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

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

Svar fra BU:

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

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

Svar fra samhandlingsavdelingen:

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

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

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

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

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

Innspill fra brukerutvalget:

Det er ønskelig med infusjoner og dialyse fortsatt i Mosjøen.

Svar fra prosjektet:

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

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

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

Kommentarer til innspillene som har kommet inn gjennom medvirkningsprosessen

Innspill Med, kir, røntgen, INT/AM, anestesi/operasjon, laboratorium/blodbank, kliniske servicefunksjoner, kontortjenesten, felles inntakskontor Mosjøen.

Lvert som pdf powerpoint fil. Slidene i pdf filen er nummerert fortløpende med sidetall som her refereres til. For fullstendig innspill se vedlegg med originalfilen.

Slide 8: Generell indremedisinsk poliklinikk videreføres som i dag evt. forsterkes

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

Faglig vurdering:

I lokalsykehus er det vanlig med «generell indremedisinsk poliklinikk» i timeboka. Pasientene består ofte av en blanding av de spesialitetene vi ikke har i sykehuset, som f.eks hematologi og endokrinologi. Vanlige hematologiske problemstillinger som blir satt opp på generell indremedisinsk poliklinikk er anemi, trombocytopeni, forhøyet ferritin, forhøyet SR osv. Vanlige endokrinologiske problemstillinger er stoffskiftesykdom, kalsiummetabolisme osv. Det er også vanlig at fastleger henviser litt mer diffuse problemstillinger, som f.eks slapphet. På den generelle indremedisinske poliklinikken settes det også opp enkle problemstillinger innenfor spesialiteten hjerte, lunge osv.

Den er stort sett leger i spesialisering som har generell indremedisinsk poliklinikk. Lege i spesialisering konfererer med overlege ved behov.

Behov for støttefunksjoner

Ettersom pasientpopulasjonen på en generell indremedisinsk poliklinikk er såpass blandet, er det stor variasjon i hva som trengs av støttefunksjoner ved hver konsultasjon. Det som er mye brukt er lab (både lokal lab og sendeprøver), billeddiagnostikk (UL, CT, MR), hematologiske spesialundersøkelser (blodutstryk og benmargsprøve) osv.

Kommentarer:

1. Utredning av nyhenviste på generell indremedisinsk poliklinikk krever som hovedregel en del infrastruktur, og bør antagelig gjøres i sykehus hvor alle modaliteter er tilgjengelig. Det er viktig at lege i spesialisering har spesialist tilgjengelig for supervisering. Generell indremedisinsk poliklinikk er en viktig del av spesialistutdanningen. Kontroller av etablerte diagnoser som bare krever blodprøvekontroll før den polikliniske timen, som f.eks kontroll av stoffskifte, er lettere å gjennomføre desentralisert.
2. Fagfeltet generell indremedisin er i vedtaket flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering i all hovedsak fra Sandnessjøen. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av

ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.

3. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene på sykehusene.

Konklusjon: Det kan eventuelt etableres et poliklinisk indremedisinsk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for poliklinisk kontroll av kronikere bosatt i Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Slide 9: Gastroenterologisk poliklinikk videreføres som i dag samt forsterkes.

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

Faglig vurdering:

På en gastromedisinsk poliklinikk utredes og behandles pasienter med sykdommer i fordøyelsessystemet. En viktig del av utredning av sykdommer i fordøyelsessystemet er kreftutredning. CT, MR og endoskopi er undersøkelser som er vesentlige i utredning av sykdommer i fordøyelsessystemet.

Utredning bør foregå der de fleste modaliteter er tilgjengelig, for å få effektive og helhetlige pasientforløp, samt unngå mange reiser.

Oppfølging av pasienter med kjent sykdom i fordøyelsessystemet krever for en del tilstander kontroll med billeddiagnostikk og/eller endoskopi, men det er også pasientgrupper hvor kontrollene ikke krever den samme graden av infrastruktur.

«Kronikere» i gastromedisin vil i hovedsak dreie seg om IBD og hepatitt/leversykdom. En del av disse vil få behandling på infusjonspoliklinikken, men vil også trenge regelmessig oppfølging av spesialist. Noen kontroller kan gjennomføres på video, andre vil kreve oppmøte og evt endoskopi/radiologi.

Oppfølging av kronikere som krever mye infrastruktur bør planlegges utført i sykehus.

Spesialistpoliklinikk lokalt bør som hovedregel gjennomføres som ambulering fra sykehus, og ikke ved innleie av vikarer, for å sikre pasienter med kronisk sykdom kontinuitet og kvalitet.

Kommentarer:

1. Ambulering vil kreve at det er et robust gastromedisinsk tilbud i sykehuset, og omfanget av ambulering må dimensjoneres ut fra tilgang på ressurser.
2. Utdanning av spesialister bør også vektlegges, og det er ekstra viktig i fagområder det er få spesialister i (som gastroenterologi) at det er tilstrekkelig volum og tilstedeværelse av spesialist i sykehus til å klare å utdanne egne spesialister.
3. Gastroenterologi er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk gastroenterologisk tilbud vil derfor betjenes gjennom ambulering fra sykehusene. Størrelse på et poliklinisk gastroenterologisk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. En for stor aktivitet på poliklinikken i Mosjøen vil kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.

4. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenestene vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.

Konklusjon: Det kan eventuelt etableres et poliklinisk gastroenterologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere der oppfølgingen ikke krever spesialundersøkelser og støtteapparat. Dimensjonering etter ressurstilgang og behov.

Slide 10: Tarmscreening coloncancer. Helgelandsfunksjon.

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

Faglig vurdering:

Det er vedtatt at tarmscreening skal skje innenfor rammen av det offentlige helsevesenet og organiseres i samarbeid med eksisterende kliniske miljøer. Den interregionale styringsgruppen for Tarmkreftscreeningprogrammet har besluttet at bestemte krav må være oppfylt før helseforetaket og den enkelte skopør kan inngå i screeningprogrammet.

Koloskopi som gjøres i regi av Tarmscreeningprogrammet er en integrert del av tjenesten på det enkelte helseforetak. Fordi koloskopi er en begrenset ressurs, er det viktig å balansere antallet koloskopier i screeningprogrammet mot den til enhver tid tilgjengelige kapasitet på det enkelte helseforetak slik at undersøkelser av symptomatiske pasienter ikke må utsettes. Over tid vil antall koloskopier i screeningprogrammet øke, og dette tilsier at det er behov for å bygge opp kapasiteten i de enkelte helseforetak. I starten er iFOBT (avføringsprøve) standard screeningmetode, men Helsedirektoratet anbefaler at koloskopi skal bli primær screeningsmetode og erstatte iFOBT når tilstrekkelig kapasitet er bygget opp.

I Helse Nord er det planlagt en gradvis oppstart av tarmscreeningstilbud fra mars 2023. Det første kullet som får tilbud er de som er født i 1967. I løpet av de neste par årene vil alle 55-åringer få invitasjon til screening.

Alle spesialister i gastroenterologi vil oppfylle minimumskravet til antall gjennomførte prosedyrer for å delta i programmet (>300 koloskopier, >50 polypektomier), men det er i tillegg definerte kurskrav til skopører, sykepleiere og ledere.

Minst en skopør, helst to, fra hvert screeningscenter skal ha deltatt på Endoskopiskolens kurs «Koloskopi Instruktør Kurs» (KIK)

Minst en skopør og en sykepleier fra hver enhet bør ha deltatt på Endoskopiskolens kurs «Tren endoskopiteamet – Polypkurs» (TET Polypkurs)

Sykepleiere som skal assistere ved koloskopi i programmet anbefales å ta e-læringskurset «Kurs for endoskopører i Tarmscreeningprogrammet»

Minst en representant for henholdsvis skopørledere og sykepleieledere før ha deltatt på Endoskopiskolens kurs «Tren Endoskopi Teamet» (TET)

For å sikre høy kvalitet på undersøkelser som gjennomføres i regi av screeningprogrammet stilles det **krav om at leder har kjennskap til nivået på utvalgte kvalitetsindikatorer på skopørene** (f.eks cøkum intubasjonsrate, polypp deteksjonsrate osv)

Tilsvarende er det **krav til selve polyppfjerningen**. Komplikasjonsrisiko og i hvilken grad komplett reseksjon oppnås er avhengig av størrelse, morfologi, lokalisasjon og skopørens kompetanse. SMSA er et klassifiseringssystem som angir vanskelighetsgrad, hvor 1 er enklest og 4 er vanskeligst. Alle skopører skal kunne fjerne SMSA klasse 1 og 2. Alle enheter bør ha kompetanse til å fjerne SMSA klasse 3. Det må foreligge en plan for behandling av pasienter med SMSA klasse 4. Foretak som fjerner polypper i SMSA klasse 4 må ha nødvendig kompetanse (kirurg, anestesipersonell) til å håndtere mulige komplikasjoner.

Kommentarer:

1. Om screeningen skal gjennomføres på en eller flere enheter i Helgelandssykehuset, vil være avhengig av volum
2. Ved oppstart vil antall skopier være begrenset (65/1000 iFOBT). Det er anslått 45 skopier/år ved iFOBT som primærundersøkelse, og 700 skopier/år ved koloskopi som primærundersøkelse.
3. Tilbudet krever en viss grad av infrastruktur (spesialrom, utstyr, kompetanse)
4. Tilbudet kan ikke baseres på vikarer
5. Screeningprogrammet er for 55-åringene (med planlagt screening hvert annet år i 10 år). Dette er unge, presumptivt friske folk, som ikke tilhører den pasientkategorier som har størst behov for kortere reisevei og nærhet til tjenesten
6. Helgelandsfunksjon utenfor sykehus virker ikke formålstjenlig, hverken for pasienter eller helsepersonell. Utstrakt ambulerende vil svekke tilbudet i sykehuset, og flesteparten av pasientene vil få lenger reisevei. Polypper i SMSA klasse 4 kan ikke fjernes i Mosjøen pga manglende kirurgisk beredskap. Pasienter som evt må observeres i etterkant av prosedyre må flyttes til sykehus.
7. Nye funksjoner skal som hovedregel skal legges til hovedsykehuset, men forutsetter at en helhetlig vurdering der faglige hensyn og hensynet til rekruttering og stabilisering vektlegges, jfr. vedtaks punkt 4. styresak 109-2021 HN RHF.

Konklusjon: Screening for tykktarmskreft burde i framtiden kun foregå i sykehusene.

Slide 11: Utdanne/ansette gastrosykepleier

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

Kommentar:

Gastroenterologi er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud i indremedisin vil derfor i all hovedsak betjenes gjennom ambulerende fra sykehusene. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister og gastrosykepleier.

Konklusjon: Ved en eventuell ansettelse av en gastrosykepleier anbefales arbeidsstedet til å være i ett av sykehusene. Gastrosykepleier kan ambulerer til Mosjøen ved behov.

5: Slide 12: Lungepoliklinikk videreføres som i dag

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

Faglig vurdering:

På lungepoliklinikken utredes og behandles pasienter med sykdommer i lunger/luftveier. Utredning og behandling av lungekreft utgjør en viktig del.

CT, lungefunksjonstester og bronkoskopi er undersøkelser som er vesentlige i utredning av lungesykdommer.

Utredning bør foregå der de fleste modaliteter er tilgjengelig, for å få effektive og helhetlige pasientforløp, samt unngå mange reiser.

Oppfølging av pasienter med kjent lungesykdom krever for en del tilstander kontroll med CT og/eller lungefunksjonstester, men det er også pasientgrupper hvor kontrollene ikke krever den samme graden av infrastruktur.

«Kronikere» i lungemedisin vil i hovedsak dreie seg om KOLS, alvorlig astma, lungekreft og lungefibrose. Pasienter med kronisk lungesykdom bør følges opp av lungelege, alternativt av lege i spesialisering i tett samarbeid med lungelege.

Oppfølging av kronikere som krever mye infrastruktur bør planlegges utført i sykehus.

Spesialistpoliklinikk lokalt bør som hovedregel gjennomføres som ambulerer fra sykehus, og ikke ved innleie av vikarer, for å sikre pasienter med kronisk sykdom kontinuitet og kvalitet.

Ambulerer vil kreve at det er et robust lungemedisinsk tilbud i sykehuset, og omfanget av ambulerer må dimensjoneres ut fra tilgang på ressurser.

Kommentar:

1. Lungemedisin er en del av fagfeltet indremedisin som er anbefalt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulerer i all hovedsak fra Sandnessjøen. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.
3. Det er en høy andel av kronikere blant lungepasienter og et desentralt poliklinisk tilbud kan derfor være riktig for utvalgte pasienter.

Konklusjon: Det kan eventuelt etableres et poliklinisk lungemedisinsk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere. Dimensjonering etter ressurstilgang og behov.

Slide 13: Utredning og behandling av OSAS-pas videreføres som i dag, Helgelandsfunksjon

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

Faglig vurdering:

OSAS (obstruktivt søvn apnø syndrom) forekommer hos 1 av 6 voksne i Norge. Personer med OSAS er vanligvis også snorkere. Ved pustestopp våkner personen ofte helt eller delvis, og er derfor ofte trøtt og sliten på dagtid med økt risiko for trafikk- og arbeidsulykker. Ubehandlet OSAS gir økt risiko for utvikling av kardiovaskulære sykdommer og gir redusert livskvalitet. OSAS finnes hos begge kjønn og i alle aldersgrupper, men er vanligst hos menn, eldre, overvektige og røykere.

Diagnosen stilles ved en respiratorisk polygrafi (RPG) som i hovedsak gjøres som hjemmeregistrering med portabelt utstyr. Pasienten får koblet på seg, eller kobler på seg selv, utstyr som registrerer respirasjon, luftstrøm, SpO2 og puls.

CPAP er førstevalg i behandlingen av OSAS. De fleste med moderat til alvorlig OSAS vil trenge behandling med CPAP. Oppstart av CPAP-behandling skjer vanligvis ved opplæring og tilpasning av maske på sykehus på dagtid. Deretter prøves utstyret hjemme, alternativt på sykehus, om natten. Videre oppfølging med kontroll og/eller justering foregår poliklinisk.

Utredningen av OSAS er tverrfaglig

Pasienter med «overlappingsyndrom» mellom KOLS og OSAS har høyere dødelighet enn pasienter med kun den ene diagnosen. Ved samtidig KOLS og OSAS er det større risiko for forlenget oksygenesaturasjon om natten. OSAS kan føre til mer eksaserbasjoner, aksellerert lungefunksjonstap og økt dødelighet. Pga økende prevalens av begge sykdommer vil en pasient med den ene sykdommen oftere også ha den andre. Det er derfor rimelig å undersøke pasienter med henholdsvis KOLS eller OSAS også for den andre sykdommen. En retrospektiv studie har vist at 29% av pasienter henvist til PSG (polysomnografi) hadde kombinasjonen av KOLS og OSAS.

Det er ved symptomer eller funn som tilsier det, relevant med ØNH-vurdering for å avdekke forandringer som kan være årsak til obstruksjon, f.eks nesepolypper, allergisk slimhinnehypertrofi, adenoide vegetasjoner osv.

Faglig vurdering:

For å få helhetlige pasientforløp og et godt tverrfaglig samarbeid vil det være hensiktsmessig hvis søvnregistrering, lungemedisinsk vurdering, evt ØNH-vurdering og tilpasning av CPAP kan gjøres på samme sted, og fortrinnsvis i sykehus. Spesialist i lungesykdommer er vanligvis den som har ansvaret

for utredning og behandling. Ifølge innspill fra Mosjøen gjøres 70-80% av oppfølgingen via telemedisin, og selve utredningen gjør de aller fleste pasienter bare en gang, slik at belastningen ved å reise burde være overkommelig og oppveies av effektiv utredning.

CPAP-kompetanse vil også komme innlagte pasienter i medisinsk avdeling til gode.

Kommentarer:

1. Lungemedisin er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud i indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering i all hovedsak fra Sandnessjøen. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Høy andel telemedisin gjør det mindre relevant å desentralisere tilbudet.
3. Samspill med ØNH leger er viktig.
4. Lungelege og lungesykepleiere er en viktig del av et sykehusfagmiljøene.

Konklusjon: OSAS helgelandsfunksjon flyttes til hovedsykehuset. Pasientene kan i stor grad ivaretas telemedisinsk.

Slide 14: Kardiologisk poliklinikk videreføres som i dag

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

Faglig vurdering:

Kardiologisk poliklinikk er en poliklinikk med høyt volum. Det gjøres utredning av brystmerter, tungpust, svimmelhet/synkope, hjertebank, bilyder osv. I tillegg kontrolleres mange pasienter med kjent hjertesykdom i lang tid,

Det er en høy andel «kronikere» som har behov for hyppig kontroll i spesialisthelsetjenesten, med hjertesvikt, klaffesykdom, kronisk iskemisk hjertesykdom, atrieflimmer og PC/ICD som de største gruppene.

Hjertesviktpasienter er en gruppe som ofte blir akuttinnlagt i sykehus pga dekompenisering, og som bør følges tett for å fange opp klinisk forverring tidlig. Sykepleiedrevet sviktpoliklinikk er et viktig tiltak for denne pasientgruppen, og et slikt tilbud bør være lett tilgjengelig ettersom pasientgruppen består av mange eldre med redusert funksjon som har behov for hyppig kontroll.

Sykepleiedrevet sviktpoliklinikk må ha faglig støtte av kardiolog. Kardiolog trenger ikke være fysisk tilstede til enhver tid, men må være tilgjengelig for spørsmål og foreta medikamentendringer/skrive resepter. Kardiologisk vurdering med EKKO gjøres rutinemessig ved oppstart og avslutning.

Desentralisert kardiologisk spesialistpoliklinikk forutsetter noe medisinsk teknisk utstyr. En EKKO-maskin og AEKG bør som et minimum være tilgjengelig, men også utstyr til testing av pacemakere er fornuftig.

Det er flere pasientgrupper innenfor kardiologien som egner seg til desentralisert spesialistpoliklinikk. F.eks kontroll av pacemaker, kontroll av aortastenose, nyoppdaget bilyd osv.

En mer grundig vurdering over hvilke pasienter som kan følges opp desentralisert, og hvilke pasienter som bør utredes/følges opp i sykehus bør det kardiologiske miljøet i Helgelandssykehuset delta i.

Ambulering vil kreve at det er et robust kardiologisk fagmiljø i sykehuset, og omfanget av ambulering må dimensjoneres ut fra tilgang på ressurser. Tilstedeværelse av kardiologer i sykehus er også svært viktig for akuttinnlagte pasienter (som utgjør 95% av pasienten innlagt på medisinsk avdeling), og fraværet ved ambulering må veies opp mot behovet i sykehus.

Kommentarer:

1. Kardiologi er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering i all hovedsak fra Sandnessjøen. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.
3. Kardiologi betjener en høy andel kronikere. Det er ønskelig med poliklinisk aktivitet i fagfelt kardiologi i Mosjøen.

Konklusjon: Det kan etableres et poliklinisk kardiologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere. Dimensjonering etter ressurstilgang og behov.

Slide 15: Stress-ecco. I samarbeid med rtg. avd CT/MR. Helgelandsfunksjon.

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

Faglig vurdering:

Stress-EKKO er en ikke-invasiv test for koronarsykdom. Myokardiskemi kan påvises ved analyse av regional veggbevegelse under belastning. Testen kan utføres med farmakologisk belastning (adenosin eller dobutamin), eller som en arbeidstest. Farmakologisk belastning er mest spesifikt, arbeidsbelastning er mest sensitivt.

Undersøkelsen er nyttig når AEKG eller CT coronar ikke gir tilstrekkelig informasjon, og når pasienter ikke er i stand til å gjennomføre sykkeltest. Stress-EKKO er en funksjonell evaluering av koronar funksjon og kan avdekke hvilken stenose som er mest betydningsfull, kontraktil reserve osv.

Undersøkelsen utføres på medisinsk poliklinikk av kardiolog med bistand fra sykepleier, og bør være tilgjengelig i sykehus som utreder og behandler hjertesykdommer.

Kommentarer:

1. I innspillet fra Mosjøen er det anført at undersøkelsen skal gjøres i samarbeid med rtg-avdelingen, og det er foreslått Helgelandsfunksjon. Ettersom stress-EKKO ikke involverer rtg-avdelingen er man usikker på om det egentlig menes myocardscintigrafi. Uansett er det nok mest hensiktsmessig at undersøkelser som er viktige for utredning av hjertesykdommer er tilgjengelig i sykehuset, og ikke kun desentralisert.
2. Når det gjelder stress-EKKO er ikke det en ny funksjon. I Sandnessjøen gjøres det relativt ofte allerede.

3. Kardiologi er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering i all hovedsak fra Sandnessjøen, fortrinnsvis med personell som er bosatt i Mosjøen og omegn. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
4. Nevnte tilbudt gjelder ikke kronikere.

Konklusjon: Det anbefales ikke å etablere tilbudet stress ekko i Mosjøen som per i dag allerede eksisterer i Helgelandssykehuset.

Slide 16: CT coronarangiografi samarbeid med radiologisk avd. Helgelandsfunksjon.

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

Faglig vurdering:

CT coronar angiografi er en ikke-invasiv metode for utredning av koronarsykdom. Undersøkelsen foregår på røntgenavdeling ved bruk av IV kontrast. Metoden har høy sensitivitet og høy negativ prediktiv verdi, og er svært god til å utelukke koronarsykdom.

Metoden er ikke like god til å skille mellom signifikante og grensesignifikante stenoser, så CT coronar angiografi egner seg best til pasienter med lav til intermedier risiko for koronarsykdom. Pasienter med høy risiko bør henvises til konvensjonell kateterbasert angiografi.

UNN Tromsø har hatt CT coronar angiografi siden 2012, og har samlet data i et internt kvalitetsregister. 60-70% av pasientene som var til CT coronar ble sendt hjem med vurderingen normale koronarkar eller ikke-obstruerende koronarsykdom (veggforandringer). Det forteller at «friske» pasienter henvises til hjerteutredning, og at de fleste som henvises kan unngå invasiv prosedyre.

Tidligere ble CT coronar angiografi mest brukt til utredning av kronisk koronarsykdom (stabil angina), men blir nå mer og mer brukt også ved utredning av pasienter som har akutte brystmerter uten påvist hjerteinfarkt.

ESC (European Society of Cardiology) anbefaler CT coronar angiografi som metode både ved kronisk koronarsykdom og akutt koronarsyndrom.

ESC 2019 Guidelines of chronic coronary syndrome

CT coronar angiografi anbefales som initial test i utredning av koronarsykdom hos symptomatiske pasienter hvor obstruerende koronarsykdom ikke kan utelukkes ved klinisk vurdering alene (I b-anbefaling)

ESC 2020 Guidelines for the management of acute coronary syndrom in patients presenting without persistent ST-segment elevation

CT coronar angiografi anbefales som alternativ til invasiv angiografi for å utelukke AKS ved lav til intermedier risiko, når troponin og/eller EKG er normalt eller inkonklusivt (Ia -anbefaling).

Som følge av at CT coronar angiografi nå gir bedre kvalitet og lavere stråledose enn tidligere, er mindre ressurskrevende og har lavere komplikasjonsrisiko enn konvensjonell angiografi, samt er anbefalt i europeiske retningslinjer for både kronisk og akutt koronarsykdom, har etterspørselen økt og vil fortsette å øke fremover. AEKG har dårligere sensitivitet og spesifisitet, og er ikke lenger anbefalt i utredning av akutte brystmerter

Kommentarer:

1. Helgelandssykehuset bør få etablert CT coronar angiografi. Det vil gi raskere utredning og kortere liggetid i sykehus, bedre pasientforløp ved at vi slipper å sende pasienter til Bodø for CT coronar angiografi eller konvensjonell angiografi.
2. CT coronar angiografi bør uten tvil være lokalisert i akutt sykehus hvor pasientene blir innlagt for utredning, og hvor det er et kardiologisk fagmiljø som ivaretar utredningen.
3. Nye funksjoner skal som hovedregel skal legges til hovedsykehuset, men forutsetter at en helhetlig vurdering der faglige hensyn og hensynet til rekruttering og stabilisering vektlegges, jfr. vedtaks punkt 4. styresak 109-2021 HN RHF.
4. Nevnte tilbudt gjelder ikke kronikere.
5. Tilbudet krever vedlikeholdt og investeringer i dyre CT maskiner.

Konklusjon: Etablering av CT coronarangiografi i Mosjøen anbefales ikke men burde vurderes etablert i sykehusene.

10: Side 17: Endokrinologisk poliklinikk med hovedvekt diabetes mellitus videreføres. Senter med økt kompetanse diabetes mellitus på Helgeland.

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

Faglig vurdering:

Diabetes type 1

Pasienter med diabetes type 1 bør tilbys **tverrfaglig oppfølging av i spesialisthelsetjenesten**. Endokrinologiske og indremedisinske avdelingen bør ha tverrfaglige kompetanseteam med særskilt fokus på diabetes. I det tverrfaglige teamet bør lege, diabetessykepleier og evt klinisk ernæringsfysiolog inngå. I tillegg anbefales egen fotsårsklinikk. Oppfølging må tilpasses den enkeltes behov, men minst én konsultasjon per år.

Diabetes type 2

Oppfølging og behandling av pasienter med diabetes type 2 foregår som hovedregel hos **fastlegen**. Pasienter med diabetes type 2 som har **dårlig blodglukosekontroll eller kompliserende tilleggssykdom bør henvises til det tverrfaglige kompetanseteamet** i spesialisthelsetjenesten. Ansvar vil her deles mellom fastlege og sykehus, og det er viktig med god samhandling og kommunikasjon mellom disse.

Barn og unge med diabetes

Barn og unge under 18 år med diabetes følges opp og behandles på barneavdelinger.

Startkurs og LMS

Alle nydiagnostiserte pasienter med diabetes har **rett til god opplæring** for eksempel gjennom et startkurs. Fastlegen skal informere pasienten og tilby henvisning til et slikt kurs på nærmeste sykehus. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby opplæring i grupper. Opplæringen skjer som oftest i regi av Lærings- og mestringssentrene. Denne opplæringen kommer i tillegg til kontinuerlig individuell oppfølging i regi av det tverrfaglige kompetanseteamet.

Kilde: Nasjonal faglig retningslinje for diabetes

Diabetes i Helgelandssykehuset

Diabetes krever, som anbefalt i Nasjonal faglig retningslinje for diabetes, en tverrfaglig tilnærming. Det er per i dag ingen endokrinologer i Helgelandssykehuset, og få endokrinologer i Helse Nord. Lege i diabetesteamene er i Helgelandssykehuset indremedisinske leger (overlege eller lege i spesialisering). Spesielt diabetes type 2 er et område hvor det er stadig nye medikamenter på markedet, og mange pasienter med komplikasjoner og/eller kompliserende tilleggssykdommer som hjertesvikt, nyresvikt osv. Det er ikke alle indremedisinere som har like mye kompetanse på diabetes, og det bør derfor fortrinnsvis være en eller flere faste leger som har ansvaret for disse pasientene.

Diabetessykepleier er sykepleier med spesialkompetanse på diabetes, og gjør veldig mye av jobben i det daglige, men er avhengig av å ha faglig støtte fra lege til medikamentendringer, resepter, henvisninger osv., i tillegg til at lege stort sett utfører årskontroll på pasienter med diabetes type 1.

Faglig vurdering:

Pasienter med diabetes er en gruppe som krever regelmessig oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Mange pasienter har i perioder behov for relativt hyppig kontakt med diabetessykepleier for å oppnå blodsukkerkontroll, og det er et særdeles viktig tilbud for å forebygge komplikasjoner. De aller eldste har som regel et litt mindre strengt regime, men til gjengjeld har de oftere etablerte komplikasjoner.

Som et minimum bør det være tilbud om sykepleiedrevet diabetespoliklinikk i Mosjøen, med legestøtte enten fra indremedisinsk avdeling i sykehuset (som allerede inngår i et tverrfaglig team) eller som et samarbeid med kommunal legetjeneste.

Det er i innspill fra Mosjøen foreslått «Senter for økt kompetanse på diabetes», og sett i lys av at dette er et ganske komplekst fagområde vil det kunne bidra til å øke kvaliteten på diabetesbehandlingen på Helgeland. Å bygge opp den kompetansen utenfor sykehus er man litt mer skeptisk til, både av hensyn til at disse pasientene også blir innlagt i sykehus, men også av hensyn til LIS-utdanning.

Kommentarer:

1. Endokrinologi er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering fra sykehusene.. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Helgelandsfunksjoner og senter burde ligge i sykehusene.
3. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar i utgangspunkt tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering

av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.

4. Endokrinologi betjener en høy andel kronikere. Det er derfor ønskelig med poliklinisk aktivitet i fagfelt diabetes i Mosjøen

Konklusjon: Det kan etableres et poliklinisk tilbudt for diabetikere i Mosjøen i form av sykepleierdrevet diabetespoliklinikk som et minimum.

Slide 18: Nyremedisinsk poliklinikk videreføres som i dag

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

Faglig vurdering:

Pasienter med kronisk nyresykdom er en voksende gruppe som per i dag utgjør cirka 10% av befolkningen. Helgelandssykehuset har et befolkningsgrunnlag på rundt 80 000, som gir estimert prevalens av nyresyke på cirka 8000 i vårt opptaksområde.

På nyremedisinsk poliklinikk kommer det pasienter med hypertensjon, kronisk nyresykdom stadium 3b, 4 og 5, i tillegg til nyretransplanterte. Pasienter med kronisk nyresykdom har ofte uttalt komorbiditet.

TX- pasienter krever god kunnskap og hyppige kontroller, og bør som hovedregel følges opp av nefrolog. Alternativet er annen indremedisinsk overlege som har økt kompetanse gjennom transplantasjonskurset og/eller hospitering på Rikshospitalet, samt kan få veiledning av nyrelege. Nyretransplanterte pasienter følges opp etter gjeldende retningslinjer, og har ukentlige kontroller i starten, deretter hver måned og etter 1-2 år hver tredje måned.

Pasienter med kronisk nyresykdom skal alltid vurderes for transplantasjon dersom nyresvikten utvikler seg til stadium 5. Hvis pasienten kan transplanteres, skal det gjøres en omfattende og logistisk utfordrende utredning. Denne utredningen gjøres i samarbeid med nefrolog og transplantasjonssykepleier.

Kommentarer:

1. I all hovedsak er pasienter med kronisk nyresykdom en stor og komplisert gruppe med mye komorbiditet. Utredning og oppfølging av pasienter med kronisk nyresykdom bør foregå i sykehus med et nyremedisinsk fagmiljø. Hvilke pasienter som evt kan kontrolleres utenfor sykehus må vurderes individuelt, også med henblikk på behov for infrastruktur.
2. Ambulering fra Helgelandssykehuset forutsetter at man har nefrolog ansatt, og omfanget må dimensjoneres ut fra tilgang på ressurser. Uten nefrolog ansatt bør det kjøpes tjenester fra annet sykehus, og evt koordinering av ambulering til dialyse og desentralisert nyrepoliklinikk kan vurderes.

3. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.

Konklusjon: Etablering av en nyremedisinsk poliklinikk i Mosjøen anbefales ikke. Kontroller av kroniske nyrepasienter kan inngå i en eventuell generell indremedisinsk poliklinikk.

Side 19: Dialyse videreføres som i dag.

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

Faglig vurdering:

Pasienter som mottar nyreerstattende behandling er alvorlig syke pasienter med et omfattende behov for spesialisthelsetjenester. Dialyse må gjennomføres 4-5 timer 3-4 ganger per uke, og tar svært mye av pasientens tid. Internasjonalt er det angitt at lange avstander fra eget hjem til senter for nyreerstattende behandling kan påvirke både pasientenes livskvalitet og prognose. Regionalt har opprettelse av dialysesatelitter, ambulering og telemedisinske løsninger vært tiltak for å motvirke dette. Det er anbefalt at reisetiden til dialysestasjon ikke overstiger 1 time hver vei.

Faglig vurdering:

Det bør være et dialyse tilbud i Mosjøen. Dialysen bør organiseres som en satellitt under et nyremedisinsk fagmiljø for å sikre tilstrekkelig kompetanse og kvalitet. Dersom det i Helgelandssykehuset er ansatt spesialist i nyresykdommer, vil det være naturlig at denne har ansvar for dialysen. Dersom det i Helgelandssykehuset ikke er ansatt spesialist i nyresykdommer, bør tjenesten kjøpes fra annet foretak. Det varierer litt mellom foretakene hvor ofte spesialist i nyresykdommer ambulerer til dialysesatelittene, men anslagsvis en gang i måneden.

Konklusjon: Det anbefales å beholde dialyse i Mosjøen.

Slide 20: Nevrologisk poliklinikk videreføres som i dag. Helgelandsfunksjon.

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

Kommentarer:

1. Nevrologi er i vedtatt funksjonsfordeling flyttet til Sandnessjøen.
2. Nevrologi er et fagfelt som er viktig i samspill med indremedisin og fysikalsk medisin og rehabilitering, spesielt med tanke på slagpasienter og traumatiske hodeskader.
3. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.

4. Mange nevrologiske pasienter er kronikere og det kan med fordel gis et poliklinisk tilbud til pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Konklusjon: Faget nevrologi flyttes til Sandnessjøen og tilknyttes det indremedisinske fagmiljøet og FMR. Det kan etableres et nevrologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn, avhengig av ressurstilgang og behov.

Slide 21: Klinisk nevrofysiologi (KNF)-undersøkelser videreføres som i dag. Helgelandsfunksjon.

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

Kommentarer:

1. Nevrologi som er tett knyttet til nevrofysiologi er i FSU anbefalt å flyttes til Sandnessjøen.
2. Se slide 21.

Konklusjon: Klinisk nevrofysiologiflyttes til hovedsykehuset. Det kan eventuell etableres noe poliklinisk virksomhet i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov.

Slide 22: Søvnlaboratorium videreføres som i dag. Helgelandsfunksjon.

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

Kommentarer:

1. Se under nevrologi, kommentar til slide 20
2. Se under OSAS, kommentarer til slide 13.
3. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.

Konklusjon: Søvnlaboratoriet anbefales flyttet til Sandnessjøen

Slide 23: Utdanne/ansette nevrologisk sykepleier.

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

Kommentarer:

1. Se under nevrologi, kommentar til slide 20
2. Nevrologi betjener mange kronikere og et poliklinisk tilbud kan med fordel etableres for slike pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Konklusjon: En nevrologisk sykepleier kan eventuell ansettes i hovedsykehuset og bidra med å gi tjenester til kronikere i Mosjøen, Grane og Hattfjelldal.

Slide 24: CT/MR- (i forhold til nevrologiske utredninger)

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

Kommentarer:

1. Se under nevrologi, kommentar til slide 20
2. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland.
3. Det er ikke foreslått å ha CT eller MR i Mosjøen i faglig strategisk utviklingsplan (FSU).
4. Akutte nevrologiske tilfeller skal i all hovedsak behandles i sykehusene.

Konklusjon: CT og MR utredninger hos nevrologiske pasienter skal med fordel utføres i hovedsykehuset der det nevrologiske fagmiljøet vil være i framtiden.

Slide 25: Kreft- og infusjonspoliklinikk (KIP) videreføres som i dag.

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

Faglig vurdering:

Kreft- og infusjonspoliklinikken er et dagtilbud for en rekke pasientgrupper. Det gis cellegift og immunterapi til pasienter med mange ulike kreftformer, immunologiske legemidler til pasienter med kroniske sykdommer som f.eks revmatoid artritt og MS, men også mindre kompliserte infusjoner som f.eks jern, blod og væske.

Kreft- og infusjonspoliklinikken er bemannet med kreftsykepleiere (evt med tillegg av andre sykepleiere), og har legestøtte som er organisert litt forskjellig i Helgelandssykehuset.

Pasienter med kreft og annen kronisk sykdom som får sin behandling på kreft- og infusjonspoliklinikken, skal ha en behandlingsansvarlig lege. For kreftbehandling er det i mange tilfeller kreftleger i Bodø eller Tromsø som har igangsatt og planlagt kuren, men det er vanligvis en lokal lege som signerer på ordinasjonene og kontrollerer at det ikke er kontraindikasjoner. Moderne kreftbehandling er ganske komplisert, og spesielt immunterapi gir et bredt spekter av bivirkninger som det ofte blir spørsmål om på kurdager. Lungekreftbehandling styres i stor grad av lungelegene selv, og den fortløpende evalueringen krever spesialistkompetanse.

Immunologisk behandling av f.eks revmatoid artritt har et tilsvarende pasientforløp hvor behandlingen som hovedregel er initiert av revmatolog, men lokal lege signerer på ordinasjonen og er ansvarlig for den aktuelle infusjonen.

Faglig vurdering:

Kreft- og infusjonspoliklinikk bør opprettholdes i Mosjøen av hensyn til at det er et tilbud til kronisk syke pasienter med behov for hyppig helsehjelp.

Nøyaktig hvordan det skal organiseres med legestøtte må utredes nærmere. Det er opprettet et tilsvarende tilbud på DMS Brønnøysund, og det er vel fornuftig å se hvordan driften der er planlagt. Det som må avklares er hvem som skal signere på kur/infusjon, hvem som skal kontaktes ved komplikasjoner osv. Det er avgjørende at helsehjelpen som gis er forsvarlig, og at ansvarsforholdene er tydelig avklart.

For de aller fleste behandlinger er det tilstrekkelig at pasienten har tatt blodprøver hos fastlegen f.eks to dager tidligere, men det kan være behov for å kontrollere enkelte prøver samme dag. Prøvene det kan være behov for å kontrollere samme dag er CRP, hemoglobin, leukocytter og trombocytter, kreatinin, natrium, kalium. Dette kan løses på to måter, enten ved vanlig lab dersom det beholdes i Mosjøen som i dag, eller ved PNA (pasientnær analyse). Hva som er den mest fornuftige løsningen må vurderes ut fra et helhetlig bilde. Se for øvrig separat vurdering av lab.

Kommentarer:

1. Innspillet er i tråd med anbefaling i faglig strategisk utviklingsplan (FSU).
2. Det er riktig å gi desentrale tjenester til kronikere og kreftpasienter.

Konklusjon: Det anbefales at kreft- og infusjonspoliklinikk videreføres som i dag under forutsetningene beskrevet ovenfor.

Slide 26: Innspill: Etablere palliativt team med Helgelandsfunksjon.

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

Faglig vurdering:

Palliasjon er å gi best mulig symptomlindring, pleie, omsorg og livskvalitet til pasienter med uhelbredelig sykdom.

Palliasjon er tverrfaglig og involverer mange forskjellige yrkesgrupper. I tillegg til lege og sykepleier med spesialkompetanse på palliasjon, bidrar klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, sosionom og prest.

Palliativt team gir bistand når pasienten er innlagt i sykehus, men samarbeider også tett med den kommunale helsetjenesten (kreftkoordinator, kreftsykepleier, hjemmetjeneste, sykehjem og fastleger).

Palliativt team er et tverrfaglig tilbud som er viktig å ha i sykehus. Å opprette helgelandsfunksjon i Mosjøen, utenfor sykehuset, vil gi et dårligere behandlingstilbud for alle pasienter som er innlagt med uhelbredelig sykdom. Det vil være en bedre løsning å styrke samarbeidet mellom den kommunale kreftomsorgen og palliativt team i sykehuset.

Kommentarer:

1. Palliative team har en viktig oppgave i kreftbehandlingen og samarbeider med primærhelsetjenesten, men også tverrfaglig i sykehusene. Med fordel etableres teamet der det er sengeplasser.
2. Nye funksjoner skal som hovedregel skal legges til hovedsykehuset, men forutsetter at en helhetlig vurdering der faglige hensyn og hensynet til rekruttering og stabilisering vektlegges, jfr. vedtakspunkt 4. styresak 109-2021 HN RHF.

Konklusjon: Palliative team anbefales etablert i sykehusene med oppdrag å samarbeide med alle kommuner på Helgeland. Tilbudet eksisterer allerede i HSYK.

Slide 27: Intermediær sengepost i samarbeid med primærhelsetjenesten

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

Kommentarer:

1. Vedtaket åpner ikke for et sengetilbud i spesialisthelsetjenesten i Mosjøen.

Konklusjon: Ikke i tråd med vedtaket.

21: Slide 28: Stabiliseringsfunksjon akutt dårlige pasienter

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

Kommentarer:

1. Vaktberedskap for akutte pasienter bør ligge hos sykehusene med mulighet for omfattende diagnostikk og intervensjon.
2. Stabilisering av akutt syke pasienter gjøres av prehospital klinikk under transport.
3. En mellomstopp i Mosjøen kan være en pasientfelle.
4. Stabiliseringsfunksjon er ikke anbefalt i FSU.
5. Vaktberedskap er en veldig stor kostnadsdriver.

Konklusjon: Det anbefales ikke å etablere vaktberedskap i Mosjøen for å stabilisere pasienter.

Slide 30: Hudpoliklinikken skal være i Mosjøen

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

1. Dermatologi er i faglig strategisk utviklingsplan vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud innen dermatologi vil derfor betjenes gjennom ambulering fra Sandnessjøen. Størrelse på et eventuelt poliklinisk dermatologisk tilbud i Mosjøen vil være avhengig av ressurstilgang og behov.

Konklusjon: Det anbefales å flytte det dermatologiske fagfeltet til Sandnessjøen og eventuell å etablere polikliniske tjenester i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov. Det kan vurderes lysbehandling i Mosjøen som i dag.

Slide 31: Oftalmologisk avdeling må være i Mosjøen

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

Kommentarer:

1. Oftalmologi er i FSU anbefalt å flyttes til Sandnessjøen
2. Kompetanse til øyeleger er nyttig i tverrfaglig behandling av pasienter. (diabetes, slag, rehabilitering)
3. Pasienter med kroniske øyesykdommer fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn kan tas hensyn til i vurderingen av et eventuelt poliklinisk tilbud.
4. En dublering av oftalmologisk utstyr er en stor kostnadsdriver.

Konklusjon: Faget oftalmologi anbefales i tråd med FSU flyttet til hovedsykehuset. Et begrenset tilbud for kroniske pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn kan vurderes i forhold til ressurstilgang og behov.

Slide 32: Urologisk poliklinikk

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

Kommentarer:

1. Det er vedtatt at urologi flyttes til Sandnessjøen.
2. FSU anbefaler å flytte urologi til Sandnessjøen.
3. Det er viktig at det urologiske fagmiljøet tilknyttes det kirurgiske miljøet i hovedsykehuset.

4. Urologisk poliklinikk forutsetter tilgang til mye utstyr og støttepersonell.
5. Polikliniske urologiske tjenester fortrinnsvis for kronikere og eldre kan vurderes å legges til Mosjøen.

Konklusjon: Faget urologi skal flyttes til hovedsykehuset. Noen polikliniske urologiske tjenester kan vurderes å gis i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov.

Slide 33: Kirurgisk poliklinikk med sårpoliklinikk, operasjonsstue, gjennomlysning, røntgen, CT og gipsestue

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

Kommentarer:

1. Det er vedtatt at generell kirurgi skal flyttes til Sandnessjøen.
2. Det er ønskelig med å kunne gi et poliklinisk tilbud til pasienter med sammensatte og langvarige lidelser i Mosjøen. Sårpasienter faller i denne kategorien.
3. Å behandle pasienter med skader som for eksempel brudd er ikke direkte omtalt i FSU men vurderes å ligge i utenfor intensjonen i vedtaket.
4. Et spesialrom til mindre polikliniske prosedyrer i Mosjøen må vurderes i forhold til avhengigheter til støttepersonell og utstyr (sykepleierkompetanse, mulighet for sterilisering av utstyr og lagerføring av utstyr og engangsmateriell). Dette har også en økonomisk konsekvens.
5. Innspillet er delvis i strid med vedtaket i forhold til akutt pasienter.

Konklusjon: Etablering av rom til generell kirurgisk poliklinikk fortrinnsvis for kronikere og eventuell enkle prosedyrer kan vurderes. Det anbefales ikke å legge til rette for å ta imot akutt pasienter i regi av spesialisthelsetjenesten i Mosjøen.

Slide 34: Dagkirurgi, beholde dagkirurgi med anestesiberedskap på dagtid

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

Kommentarer:

1. Det er vedtatt at generell kirurgi skal flyttes til Sandnessjøen.
2. Vedtaket åpner ikke for å drive dagkirurgi i Mosjøen.
3. Det er viktig å forene fagmiljøene i Mosjøen og Sandnessjøen derunder også anestesileger, anestesisykepleiere og operasjonssykepleier.
4. Dagkirurgi er ikke et tilbud som gjelder kronikere.

Konklusjon: Dagkirurgisk virksomhet fra Mosjøen flyttes til Sandnessjøen.

Slide 36: Innspill: Utføre «Småinngrep» på poliklinikken med assistanse av operasjonssykepleier

Problem vi ønsker løst: Pasienter slipper unødig reising.

Kommentarer:

1. se slide 33
2. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland.

Konklusjon: Se konklusjon til slide 33.

Slide 38: Etablere mobil enhet med anestesi/intensivkompetanse (intensivambulanse, akuttbil etc) i MSJ

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

Faglig vurdering:

«Intensivambulanse» med anestesi- eller intensivsykepleier er i flere innspill foreslått som kompenserende tiltak ved nedleggelse av akutfunksjon i Mosjøen. Dette tolkes her som en vanlig ambulanse som blir forsterket med spesialsykepleier. En erfaren anestesi- eller intensivsykepleier vil kunne gi verdifull hjelp ved akutte respiratoriske- og/eller sirkulatoriske problemer, og kan også bidra til å heve kompetansen til legevakt og ambulanspersonell. Det vil være hensiktsmessig å undersøke om dette er et tilbud som finnes i andre foretak.

Konklusjon: Etablering av intensivambulanse/akuttbil kan vurderes som kompenserende tiltak innen prehospitale tjenester. .

Slide 39: Stabiliseringssenger i samarbeid med Vefsn kommune event. interkommunalt med Grane og Hattfjelldal 24/7 –tidskritiske tilstander. Samtidighetskonflikter, kapasitetsproblemer på ambulanse, kompetanse på ambulanspersonell

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

Kommentarer:

1. Det er vedtatt at faget indremedisin skal flyttes til Sandnessjøen.
2. Vaktberedskap for akutte pasienter bør ligge hos sykehusene med mulighet for omfattende diagnostikk og intervensjon.
3. En mellomstopp i Mosjøen kan være en pasientfelle.
4. Innspillet er i strid med vedtaket.

5. Det vil gjennomføres kompensierende tiltak for avvikling for akuttfunksjoner i Mosjøen i klinikken for prehospitaltjenester.

Konklusjon: Å etablere stabiliseringsenger i Mosjøen er i strid med vedtaket og anbefales ikke.

Slide 40: Sterilsentral opprettholdes

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

Kommentarer:

1. Sterilsentral er i all hovedsak tilknyttet operasjonsaktivitet som flyttes til Sandnessjøen.
2. Dublering av utstyr er en stor kostnadsdriver.

Konklusjon: Lokale steriliseringsmuligheter for utstyr tilknyttet poliklinisk virksomhet kan vurderes mot at utstyret steriliseres på hovedsykehuset og transporteres.

Slide 42: Opprettholde radiologisk tilbud i MSJ

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

Faglig vurdering:

Faglig strategisk utviklingsplan kapittel 9.6 Bildediagnostikk beskriver utfordringene med å drifte flere små enheter:

- Økt behov for spesialkompetanse som følge av økt kompleksitet
- Økt behov for samarbeid mellom radiograf og radiolog
- Behov for tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper
- Fagutvikling skjer i høyt tempo
- Vanskelig rekruttering

Arbeidsgruppen anbefaler å ha et robust fagmiljø i Helgelandssykehuset som kan fungere som et «nav», med en bemanning som muliggjør ambulerende virksomhet både til DMS Brønnøysund og til eventuelt poliklinisk bildediagnostisk tilbud i Mosjøen, samtidig som den faglige kompetansen sikres. Bildediagnostikk må støtte opp under valg av funksjoner og aktiviteter som skal knyttes til lokasjonene, og skal gi et samlet tilbud med god kvalitet til innbyggerne på Helgeland.

Faglig vurdering:

Det bildediagnostiske tilbudet i Mosjøen må, som arbeidsgruppen foreslår, tilpasses det øvrige polikliniske tilbudet som skal være i Mosjøen. Dersom det skal planlegges for et «fullskala» poliklinisk

tilbud i alle spesialiteter som i dag, bare redusert i volum, må det bildediagnostiske tilbudet samsvare.

Det vil f.eks ikke være meningsfullt å ha utredning av nevrologiske pasienter i Mosjøen uten å ha tilgang på MR. Omvendt vil det ikke være nødvendig å ha MR i Mosjøen dersom det nevrologiske fagmiljøet hovedsakelig skal være i sykehuset. Tilsvarende gjelder med f.eks lungepasienter og CT. Å utrede pasienter for KOLS og lungekreft uten å ha tilgang til CT er ikke holdbart. Omvendt vil det ikke være det samme behovet for CT lokalt dersom lungepasientene i hovedsak skal utredes i sykehus.

Det kan være fornuftig å skille mellom utredning og kontroll. Utredning vil i større grad kreve tilgang til bildediagnostikk, annen infrastruktur og tverrfaglig samarbeid. Da kan man f.eks planlegge for at utredning som hovedregel foregår i sykehus, og så kan evt kontroller desentraliseres ved behov. Det vil naturligvis være tilfeller hvor det er nødvendig med bildediagnostikk på kontroller også, men det er mulig å planlegge hvor pasienten skal kontrolleres neste gang (desentralisert eller i sykehus).

Kommentarer:

1. Det radiologiske tilbudet i Mosjøen vurderes opp mot behovet innenfor poliklinisk virksomhet, behovet for røntgentjenester i primærhelsetjenesten og eventuelt behov for CT i forbindelse med diagnostisering av hjerneslag.
2. MR undersøkelser er ikke tiltenkt Mosjøen i FSU.
3. Det er viktig at de radiologiske miljøene i Mosjøen og Sandnessjøen forenes.
4. Dublering av radiologisk utstyr er en betydelig kostnadsdriver.

Konklusjon: I tråd med FSU anbefales å etablere vanlig røntgentjeneste i Mosjøen på dagtid, men ikke MR. CT vurderes i forhold til akutt slagbehandling i samarbeid prehospitale tjenester og primærhelsetjenesten.

Slide 43: Innspill: Konvensjonell røntgen

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

Kommentarer:

1. Konvensjonell røntgen i Mosjøen er anbefalt i FSU.
2. Fagspesifikke spesialundersøkelser bør i all hovedsak utføres der fagmiljøene er lokalisert som vil være i sykehusene.
3. Innspillet er i tråd med FSU

Konklusjon: Det anbefales å etablere konvensjonell røntgen i Mosjøen som utfører undersøkelser tilpasset behov for polikliniske tjenester og primærhelsetjenesten på dagtid. Spesialundersøkelser bør utføres i sykehusene.

Slide 44: Ultralyd

Problem vi ønsker løst: Fremdeles drift av UL i MSJ

Kommentarer:

1. Ultralydundersøkelser i Mosjøen er anbefalt i FSU.
2. Ultralydundersøkelser krever radiolog tilstede.
3. Innspillet er i tråd med FSU.

Konklusjon: Det kan vurderes å utføre ultralydundersøkelser i Mosjøen avhengig av tilgang til ressurser og behov.

Slide 45: CT

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

Mer omfattende faglig vurdering se under slide 11 innspill AKM.

Kommentarer:

1. CT er et viktig diagnostisk verktøy både elektiv og akutt og en viktig faktor i behandling av hjerneslag.
2. CT maskiner er en stor kostnadsdriver og fordeling av CT maskiner i fremtidens Helgelandssykehuset må vurderes med tanke på utnyttelsesgrad, stabilitet av tilbudet ved utfall av en maskin og avstander.

Konklusjon: CT tilbudet i Mosjøen må vurderes opp mot nevnte kriterier. Se tidligere kommentarer og konklusjonen i hoveddokument.

Slide 46: MR

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

Kommentarer:

1. MR i Mosjøen er ikke anbefalt i FSU
2. MR maskiner er store kostnadsdrivere.
3. MR maskiner burde plasseres der fagmiljøene som trenger og driver med avanserte undersøkelser er, på sykehusene.

Konklusjon: MR maskiner bør plasseres kun i sykehusene.

Slide 47: Innspill: CT Koronar Angiografi Med Helgelandsfunksjon i samarbeid med kardiolog

Problem vi ønsker løst: pasientreisetid

Kommentarer:

1. Se kommentar slide 16.

37: Slide 48: Helgelandsfunksjoner (Urologi, Hud, Øye, Nevrologi, PlastKirurgi)

Problem vi ønsker løst: Fortsette poliklinisk drift av Helgelandsfunksjoner

Kommentarer:

1. Helgelandsfunksjoner i Mosjøen flyttes til hovedsykehuset i Sandnessjøen (vedtak og FSU)
2. Et eventuelt poliklinisk tilbud innen urologi, hud, øye, nevrologi og plastikk kirurgi vil derfor betjenes gjennom ambulering fra Sandnessjøen. Størrelse på et poliklinisk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. En for stor aktivitet på poliklinikken i Mosjøen vil kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
3. Mange av helgelandsfunksjonene som i dag er i Mosjøen krever spesialrom og utstyr som er kostnadsdrivere.
4. Det polikliniske tilbudet i Mosjøen burde være et tilbud for pasienter fra Gran Hattfjelldal og Vefsn med sammensatte og langvarige sykdommer.
5. Se forøvrig tidligere kommentarer i dokumentet.

Konklusjon: Det anbefales å etablere polikliniske tjenester i Mosjøen for fortrinnsvis kronikere og kreftpasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Slide 49: Beholde aktuelle Helgelandsfunksjoner i Mosjøen

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

Kommentarer:

1. Helgelandsfunksjoner i Mosjøen flyttes til hovedsykehuset i Sandnessjøen (vedtak og FSU)
2. En av hovedintensjonene i vedtaket er at fagmiljøene i Mosjøen og Sandnessjøen forenes.
3. Innspillet er i strid med vedtaket.

Konklusjon: Helgelandsfunksjoner skal flyttes til hovedsykehuset. Det kan vurderes polikliniske tjenester i Mosjøen innenfor fagene. Se for øvrig slide 48.

Side 50, 51 og 52: Innspill fra radiolog Klaus Becker

Kommentarer:

1. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene på sykehusene.
2. Det er ønskelig med polikliniske tjenester i Mosjøen for pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn fortrinnsvis kronikere.

3. Studier viser at det er best for pasienten å få transport rett til sykehus som opererer lårhalsbrudd hvis definerte kliniske kriterier foreligger. Disse pasienter skal ikke innom Mosjøen i dag og sannsynligvis heller ikke i fremtiden.
4. CT undersøkelser i Mosjøen hos slagpasienter er et viktig innspill.
5. Akutt abdomen er en akuttkirurgisk tilstand som med fordel diagnostiseres og behandles i sykehus med akuttkirurgisk beredskap. Som oss bekjent foreligger ingen studier som peker på en annen pasientløype for slike pasienter.

Slide 54: Innspill: Opprettholde laboratorietilbud som i dag

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

Faglig vurdering:

Fødeavdelingen i Stokmarknes ble nylig midlertidig nedgradert til fødestue pga mangel på bioingeniører. I tillegg til at hele Vesterålen (og Lofoten som også bare har fødestue) var uten operativ fødeavdeling, ble en rekke akuttpasienter sendt fra Stokmarknes til Nordlandssykehuset i Bodø fordi det ikke var tilgang til lab og blodprodukter på natt. NITO (Norges Ingeniør- og Teknologi Organisasjon) uttaler at det er nasjonal mangel på bioingeniører og at «nedstenging av fødeavdelingen i Stokmarknes bare er begynnelsen».

Nærhet til tjenesten må alltid veies opp mot kvaliteten på tilbudet som kan gis desentralisert kontra i sykehus. Kvalitet avhenger av mange forhold, men tilstrekkelig ressurser (personell, medisinsk teknisk utstyr, driftsmidler) og kompetanse (rett kompetanse, nok kompetanse) er de viktigste. Når det er lite tilgang på begge deler, både ressurser og kompetanse, vil desentralisering utgjøre en risiko. Både for kvaliteten på det desentrale tilbudet, men også for det totale tilbudet som Helgelandssykehuset skal gi til befolkningen på hele Helgeland.

Faglig strategisk utviklingsplan kapittel 9.7 Laboratoriemedisin og blodbank beskriver flere utfordringer med dagens laboratorietjeneste. En av utfordringene er sending av prøver. Både at det må sendes mange prøver videre i Helse Nord og ut av regionene fordi det er begrenset tilbud i foretaket, men også utfordringer knyttet til selve sendingen (begrenset antall flyruter, kansellerte flygninger pga værforhold, lang svartid på prøvene). Dersom man ved å samle lab-tjenesten i Mosjøen og Sandnessjøen oppnår at flere prøver kan analyseres på Helgeland istedenfor å sendes videre, kan det gi et bedre totaltilbud til alle og bør vurderes.

Behovet for laboratorietjenester i Mosjøen

For pasientene har det liten betydning hvilken lab som analyserer prøvene de tar hos fastlege.

For fastlegene er det viktig å få svar innenfor rimelig tid, helst samme dag og senest neste dag (vanlige prøver som analyseres i Helgelandssykehuset). Det burde være mulig å organisere.

Ved ambulering/desentralisert spesialistpoliklinikk kan prøvene stort sett tas uken før, men det er enkelte unntak. Pasienter med kronisk nyresykdom skal nesten alltid ha venøs blodgass, og det kan

ikke tas som sendeprøve. Som beskrevet under poliklinikk må tjenestene som skal tilbys i Mosjøen være tilpasset hverandre (lab-radiologi-poliklinikk). Jo mer poliklinikk det planlegges, jo større blir behovet for støttefunksjoner. I tillegg bør det alltid vurderes hvilke pasienter som kan kontrolleres desentralisert, og hvilke som bør kontrolleres i sykehus.

På kreft- og infusjonspoliklinikken er det for de aller fleste behandlinger tilstrekkelig at pasienten har tatt blodprøver hos fastlegen f.eks to dager tidligere, men det er noen prøver som det bør være tilgang til å kontrollere samme dag ved behov. Det gjelder CRP, hemoglobin, leukocytter og trombocytter, kreatinin, natrium, kalium. Dette kan løses på to måter, enten ved PNA (pasientnær analyse) eller ved vanlig lab. På DMS Brønnøysund er det til sammenligning ikke planlagt egen lab-tjeneste, men PNA og samarbeid med den kommunale helsetjenesten. Det kan vurderes også i Mosjøen.

På dialysen kontrolleres alle pasienter med blodprøver en gang i måneden. Prøvene trenger ikke å tas samme dag. Pasienter med kronisk nyresykdom har ofte syre-/baseforstyrrelser, og pasienter som får dialyse i sykehus får derfor kontrollert syre-/base med en venøs blodgass på månedskontrollen. Denne prøven kan ikke sendes. På dialysesatelitten i Brønnøysund blir månedsprøvene tatt på fastlegekontoret, uten venøs blodgass. Kompenserende tiltak kan være at alle pasienter som får dialyse på en satellitt kommer til månedskontroll i sykehus. Et annet alternativ kan være å ha en blodgassmaskin, men jeg har ikke tilstrekkelig lab-kompetanse til å si om det er et fornuftig alternativ. Det går an å undersøke hvordan andre dialysesatelitter i Helse Nord gjør det med blodprøvekontroll/venøs blodgass.

Blodbanken har flere oppgaver. Tapping av blodgivere, terapeutiske tappinger (veneseccio) og levering av blod til transfusjoner. I tillegg til blodprøver av de som skal gi og få blod.

- Tapping av blodgivere er viktig for å ha nok blod til pasienter som trenger transfusjon. Det er foreslått enten tappetasjon eller tappebuss. Det bør være et tilbud for å gi blod lokalt for å opprettholde et tilstrekkelig antall blodgivere. Terskelen for å gi blod vil ganske sikkert øke hvis blodgivere i Mosjøen må kjøre til Sandnessjøen eller Mo i Rana for å gi blod.
- Terapeutiske tappinger gjøres i begrenset omfang. I FSU er det anført 30 prosedyrer/år. Prosedyren kan også gjøres i regi av fastlege (egen prosedyretakst i allmenntjenesten).
- Utlevering av blod er det antagelig ikke behov for når det ikke er planlagt senger eller akuttfunksjon. Ved akutt blødning bør pasientene til sykehus. Transfusjon av pasienter med kronisk anemi (kreft, hematologisk sykdom osv) kan vanligvis vente til neste dag.

Mikrobiologi er et viktig hjelpemiddel for korrekt diagnostikk og behandling av infeksjon. I sykehus er blodkultur (BactAlert og FilmArray/PCR) helt essensielt på innlagte pasienter med alvorlig infeksjon, men har ingen plass i poliklinikken eller primærhelsetjenesten. Ved sepsis tas blodprøven prehospitalt før oppstart av antibiotika, og prøven sendes deretter med pasienten i ambulansen til sykehus. Tilsvarende gjelder FilmArray/PCR av spinalvæske, som er svært nyttig ved meningittdiagnostikk på innlagte pasienter, men ikke relevant utenfor sykehus.

Luftveisdiagnostikk med FilmArray/PCR har økt voldsomt de siste par årene i forbindelse med Cov-19 pandemien, og tas på stort sett alle pasienter som blir innlagt med luftveissymptomer. I tillegg til SARS-Cov2 kan de fleste luftveisvirus påvises på FilmArray/PCR, som f.eks influensa, RS-virus osv. På innlagte pasienter hvor det får en umiddelbar konsekvens, enten som ledd i diagnostikk eller for å avklare behov for isolasjon, analyseres prøven lokalt ved hurtig-PCR som gir svar i løpet av 1 time. Alle andre luftveis-PCR sendes til Nordlandssykehuset.

Alle urindyrkninger sendes til Nordlandssykehuset, både fra sykehuset og primærhelsetjenesten. Alle andre dyrkningsprøver sendes også til Nordlandssykehuset.

Oppsummert er det hovedsakelig innlagte pasienter som har behov for den mikrobiologiske diagnostikken vi gjør i Helgelandssykehuset per i dag. De prøvene som er relevante for poliklinikk og primærhelsetjeneste sendes til Nordlandssykehuset.

Kommentarer:

1. FSU: I konseptfasen må laboratoriemedisinsk aktivitet i Mosjøen utredes i sammenheng med etablering av poliklinisk somatisk tilbud.
2. Det er ikke nødvendig å ha et fullverdig laboratorium lokalt for å utøve elektive polikliniske tjenester. God planlegging og prøvetaking dagen før, hjemme eller hos fastlegen, kan være gode løsninger, spesielt for pasienter som skal få infusjonsbehandlinger.
3. PNA (pasientnære analyser) kan være et alternativ i de tilfelle det er fordelaktig å ha raske prøvesvar også innenfor prehospitale tjenester.
4. Et laboratorium er en stor kostnadsdriver.

Konklusjonen: Laboratoriemedisinsk aktivitet i Mosjøen tilpasses de polikliniske tjenester som skal etableres, fortrinnsvis som PNA.

Slide 55: Lab, hematologi/koagulasjon/klinisk kjemi m/blodgass og immunoassey

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

Kommentarer og konklusjon se slide 54.

Slide 56: Laboratorietilbud innen mikrobiologi som i dag

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

Kommentarer og konklusjon se slide 54.

Slide 57: Blodbanken i MSJ ikke bare en tappetasjon.

Problem vi ønsker løst: Viktig at vi fortsatt skal kunne type&Screenepasienter hos oss. Mesteparten av blodet vi i dag gir, tranfunderestil canserpasienter og andre kronikere.

Pasientgruppen må slippe unødig venting og fram og tilbakereiser for prøvetaking og transfusjoner.

Kommentarer:

1. FSU anbefaler blodbanker i Sandnessjøen og Mo i Rana, tappestasjon, eventuell tappebuss i Mosjøen.
2. Allerede i dag sendes blod fra Sandnessjøen til enkelte sykehjem for pasienter som ikke kan reise til sykehuset.
3. se for øvrig kommentarer slide 54.

Konklusjon: Det anbefales blodbanker i sykehusene og tappestasjon eller blodtappebuss i Mosjøen

Slide 58: Tapping, produksjon av blod inkl. trc prod og tromocyttaferese og plasmaferese

Problem vi ønsker løst: Godt og stabilt blodgiverkorps i MSJ som kan utnyttes mye bedre (i dag ca 1,5 giving pr. år –max4) Viktig ikke å miste givere, heller verve flere. Ferdig produksjon av blodkomponenter og ikke bare tapping. Plasmaferese, trc.afereose og trc.prod fra buffycoater fullt mulig. Givere kan tas mot både på dagtid og ettermiddag

Kommentarer:

1. FSU anbefaler blodbanker i Sandnessjøen og Mo i Rana, tappestasjon, eventuell tappebuss i Brønnøysund og Mosjøen.
2. FSU anbefaler etablering av produksjon av egne trombocytter. Enten på en eller begge sykehuslokalisasjoner.
3. Se vurdering og kommentarer slide 54.

Konklusjon: Det anbefales å følge FSU med tanke på etablering av blodbanker og mulighet for produksjon av trombocytter i Helgelandssykehuset, med tappestasjon eller buss i Mosjøen.

Slide 59: Innspill: Opprettholde tilbud om venesectio MSJ

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

Kommentarer og konklusjon: se slide 54.

Slide 60: Innspill: Se på muligheten for vandrende blodbank.

Problem vi ønsker løst: Helse Nord og NokBlod(Norsk koordineringscenter for blodberedskap) har p.t et prosjekt i Finnmark der de ser på muligheten for vandrende blodbank. Ønske om å kunne tappe givere når behovet for.

Kommentarer og konklusjon: Det vises til kommentarer angående blodbank og tapping i dette dokumentet. Vandrende blodbank må man eventuell ta stilling til senere når evalueringen i Finnmarkssykehuset er avsluttet 2023/2024.

Slide 62: Helserom Helgeland i Mosjøen/ polikliniske kontroller i Mosjøen med fysioterapeut og ergoterapeut.

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

Kommentarer:

1. Å etablere et Helserom i Mosjøen som arena for digitale konsultasjoner er tidsriktig og meningsfullt.
2. Rommet, eventuell flere rom med digitalt utstyr kan brukes både med pasient i Mosjøen og behandler et annet sted på Helgeland, men også omvendt.

Konklusjon: Det anbefales å etablere rom til digitale pasientkonsultasjoner både for pasienter og behandlere i Mosjøen.

Slide 63: Innspill: Fortsette et poliklinisk tilbud i Mosjøen med klinisk ernæringsfysiolog

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

Kommentarer:

1. Klinisk ernæringsfysiologi er et viktig tilbud for skrøpelige eldre og også pasienter med psykiatriske utfordringer.
2. Det er viktig å styrke kompetansen rundt ernæring også i kommunen. (Se FSU 9.1.4.6)
3. Også ernæringsfysiologer, fysio- og ergoterapeuter er et fagmiljø som med fordel samles på sykehusene for å øke robustheten og kompetanseutvikling.

Konklusjons: Etablering av et ernæringsfysiologisk tilbudt i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov kan vurderes, gjerne i samarbeid med kommunen.

Slide 64: Fysio/ergo/KEF-ressurser inn i nevrologisk poliklinikk

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

1. Mange nevrologiske pasienter er kronikere som krever oppfølging fra både spesialist og primærhelsetjenesten.
2. Desentralisert samarbeide mellom nivåene om kronikere er riktig. eksempel parkinsonnet.

3. Også ernæringsfysiologer, fysio- og ergoterapeuter er et fagmiljø som med fordel samles på sykehusene for å øke robustheten og kompetanseutvikling.

Konklusjon: Polikliniske tjenester av fysio/ergo/KEF-ressurser i samarbeid og samlokalisert med primærhelsetjenesten anbefales. Spesielt gjeldende nevrologiske pasienter. (MS, Parkinson, Epilepsi), men også kreftpasienter m.m.

Slide 65: Hjerneslagspoliklinikk i Mosjøen

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

Kommentarer:

1. Innspillet gjelder en engangskontroll for pasienter etter slag.
2. Kontrollen skal foregå tverrfaglig mellom fysio/ergo/KEF og nevrolog.

Konklusjon: Etablering av en tverrfaglig hjerneslagspoliklinikk i Mosjøen kan vurderes avhengig av ressurstilgang og behov.

Slide 66: Gruppetilbud i modell av hjertetrening SSJ

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

Kommentar og konklusjon: Polikliniske tjenester kan etableres i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov, fortrinnsvis for pasienter med langvarige og komplekse sykdommer.

Slide 67: LMS-kurs i Mosjøen

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

Kommentar og konklusjon: Polikliniske tjenester kan etableres i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov, fortrinnsvis for pasienter med langvarige og komplekse sykdommer.

Slide 69 til 73: Skrivetjenesten i Mosjøen, ekspedisjonen i Mosjøen, kontortjenesten i Mosjøen, Inntakskontor i Mosjøen og kodekontroller.

Kommentarer:

1. Støttefunksjoner er ikke omtalt i vedtaket eller i FSU.
2. Nærhet til behandlere og pasienter er en fordel.

Konklusjon: Etablering av nevnte støttefunksjoner må vurderes i sammenheng med det framtidige tilbudet i Mosjøen, rekrutteringssituasjon i foretaket og bygningsmessige forhold.

Innspill fra AKM

Lvert på powerpoint: Noen innspill er levert to ganger og allerede kommentert tidligere i dette dokumentet.

Slide 4: Dagkirurgisk aktivitet i Mosj tilsvarende dagens med hovedfunksjon på uro og plastikk.

Problem vi ønsker løst: Behov i befolkningen.

Kommentarer:

1. Det er vedtatt at generell kirurgi skal flyttes til Sandnessjøen.
2. Vedtaket åpner ikke for å drive dagkirurgi i Mosjøen.
3. Det er viktig å forene fagmiljøene i Mosjøen og Sandnessjøen derunder også anestesileger, anestesi og operasjonssykepleier.
4. Forslaget er i strid med vedtaket.

Konklusjon: Dagkirurgisk virksomhet fra Mosjøen flyttes til Sandnessjøen.

Slide 5: Følgetjeneste med int/ an spl.

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

Kommentarer:

1. Prehospitaltjenester vil måtte tilpasses når akuttfunksjoner i Mosjøen avvikles.
2. Innspillet er ikke i strid med vedtaket.
3. se tidligere vurdering og kommentarer samme tema.

Konklusjon: Etablering av intensivambulans/akuttbil kan vurderes.

Slide 6: Kompetansesenter i Mosjøen for prehospital og inhospital tjeneste

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

Kommentarer:

1. Kompetansesenter er ikke omtalt i vedtaket eller i FSU
2. Innspillet gjelder ikke et poliklinisk tilbud.
3. Fagmiljøene i Mosjøen skal forenes med fagmiljøene i Sandnessjøen.

4. Det er mest naturlig å legge kompetansesenter til hovedsykehuset der de fleste fagmiljøene er.
5. Også studenter er hovedsakelig i sykehusene som har nytte av et kompetansesenter.

Konklusjon: Et eventuelt kompetansesenter burde etableres i hovedsykehuset.

Slide 8: Polikliniske pasienter 24/7 som i dag

Problem vi ønsker løst: Pasienter slipper unødig reising.

Kommentarer:

1. Innspillet gjelder en poliklinisk akuttfunksjon med vaktberedskap både natt og helg.
2. Akuttfunksjoner i Mosjøen er ikke i tråd med intensjon i vedtaket og ikke omtalt eller anbefalt i FSU.

Konklusjon: Det anbefales ikke å etablere akutt vaktberedskap i regi av spesialisthelsetjenesten i Mosjøen.

Slide 9: Akutte stabiliserings senger for spesialisthelsetjenesten i Mosjøen

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

Kommentarer:

1. Vaktberedskap for akutte pasienter bør ligge i sykehusene med mulighet for omfattende diagnostikk og intervensjon.
2. Stabilisering av akutt syke pasienter gjøres av prehospital klinikk under transport.
3. En mellomstopp i Mosjøen kan være en pasientfelle.
4. Ikke anbefalt i FSU.
5. Innspillet er strid med vedtaket.

Konklusjon: Det anbefales ikke å etablere vaktberedskap i Mosjøen for å stabilisere pasienter.

Slide 11: Ønsker døgnkontinuerlig CT i Mosjøen

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

Faglig vurdering:

CT akutt hjerneslag

Det er dokumentert at trombolysbehandling av pasienter med akutt hjerneinfarkt reduserer funksjonsnedsettelse hvis behandling starter innen 4,5 timer fra symptomdebut. Dette er også en hovedanbefaling i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag.

Trombolyse er en meget effektiv og nyttig behandling for de riktige pasientene, samtidig som det er en potensielt farlig behandling med risiko for livstruende eller invalidiserende hjerneblødning. Cirka 5% som får trombolysebehandling av hjerneinfarkt får en symptomgivende blødning.

CT-caput før trombolyse er et absolutt krav, for å utelukke blødning og store infarktforandringer som begge er kontraindikasjon for trombolyse. Tidsvinduet er også absolutt, det skal ikke gis trombolyse hvis det har gått >4,5 timer fra symptomdebut.

Rask CT-diagnostikk er helt avgjørende. Effekten av behandlingen er i svært stor grad avhengig av tiden mellom ictus og behandlingsstart. Hvert 15.minutt som er spart er assosiert med 3-4% økt sannsynlighet for å kunne gå og skrives ut til hjemmet fremfor sykehjem. Hvert 15.minutt som er tapt er assosiert med 3-4% økt sannsynlighet for hjerneblødning eller død.

Fakta om hjerneinfarkt behandlet med trombolyse i Mosjøen

I Mosjøen har det de siste fem årene blitt gitt trombolysebehandling til gjennomsnittlig 6,2 pasienter/år. Median er 7 pasienter/år.

I 2021 ble det gitt trombolysebehandling til 9/33 pasienter med hjerneinfarkt i Mosjøen. Trombolyseandelen var 27 %. Nasjonalt var trombolyseandelen 20 %. Begge deler er regnet som høy måloppnåelse.

Ettersom behandlingen må gis innen 4,5 timer fra symptomdebut, registreres andelen pasienten som blir innlagt ≤ 4 timer etter symptomdebut. I Mosjøen ble 54,5 % av pasientene med hjerneinfarkt innlagt ≤ 4 timer etter symptomdebut. I Sandnessjøen ble 37,5 % av pasientene innlagt ≤ 4 timer etter symptomdebut. Det nasjonale tallet er 43,3 %. Høy måloppnåelse er >60 %. En høy andel pasienter som innlegges innen 4 timer er assosiert med høyere trombolysefrekvens.

Kilde: Norsk hjerneslagregister

Utfordring Mosjøen

Dersom det ikke skal være CT i Mosjøen er det sannsynlig at færre pasienter i Mosjøens opptaksområde vil kunne få trombolysebehandling av akutt hjerneinfarkt. Det er også sannsynlig at det for en del pasienter vil ta lenger tid til trombolyse med risiko for unødvendig stort funksjonstap. Som utgangspunkt måtte anbefalt transport være luftambulans, men ventetid på helikopter og værutfordringer utgjør fortsatt en risiko.

Innovasjonsprosjekt – Prehospital trombolyse ved akutt hjerneslag DMS Finnsnes

Det pågår nå et pilotprosjekt på DMS Finnsnes i regi av UNN, Senja kommune, Helse Nord IKT og Siemens. CT-maskinen på DMS er ikke bemannet av radiograf i vakt, men fjernstyres fra UNN. Slagalarmen utløses fra UNN, og radiograf/radiolog/nevrolog UNN kommuniserer med CT-lab på DMS via videokonferanse.

På CT-lab på DMS er ambulanspersonell, legevaktsykepleier og evt legevaktslege. Nødvendige blodprøver analyseres pasientnært og svar foreligger i løpet av få minutter. Beslutning om trombolyse eller ikke tas av nevrolog på UNN. Dersom det er mistanke om storkarsykdom og indikasjon for trombektomi, sendes ambulanshelikopter i møte med pasienten.

Opptaksområdet til DMS Finnsnes er cirka 20.000 pasienter, og det er estimert 50 slagpasienter i året. Avstand til Tromsø i bil er 2-4 timer.

Faglig vurdering:

Forsinket diagnostikk og behandling av akutt hjerneinfarkt kan få store konsekvenser for pasienten.

Tilbud om fjernstyrt CT ved hjerneslag vil muliggjøre prehospital trombolyse, uten at det er behov for radiograf i vakt. Det er ikke behov for annet personell tilstede enn ambulanspersonell og legevaktsykepleier. Bør vurderes.

CT akutt utenom hjerneslag:

Det er først og fremst rask CT-diagnostikk ved mistanke om hjerneslag som utløser behov for desentralisert CT. Pasienter med mistenkt aortadisleksjon, lungeemboli osv bør rett til sykehus. Som hovedregel blir disse pasientene vurdert av lege i akuttmottaket, evt med teammottak, før det blir tatt CT. Evt ustabile pasienter må stabiliseres først.

Dersom det besluttes å opprettholde CT for fjernstyrt diagnostikk av hjerneslag/prehospital trombolyse, bør det vurderes om det er hensiktsmessig at denne er betjent av radiograf på dagtid for elektiv CT, men CT av andre akutte tilstander enn hjerneslag innebærer en risiko. Både som pasientfelle fordi det forsinker transport til sykehus, men også fordi normale funn på CT ikke nødvendigvis betyr at pasienten ikke trenger innleggelse.

Kommentarer:

1. CT er et viktig diagnostisk verktøy både elektiv og akutt i et sykehus og en viktig faktor i behandling av hjerneslag.
2. CT maskiner er en stor kostnadsdriver og fordeling av CT maskiner i fremtidens Helgelandssykehuset må vurderes med tanke på utnyttelsesgrad, stabilitet av tilbudet ved utfall av en maskin og avstander.

Konklusjon: CT aktivitet i Mosjøen anbefales å begrenses til elektive undersøkelser på dagtid og akutt diagnostikk av hjerneslag døgnekontinuerlig fjernstyrt fra hovedsykehuset.

Innspill fra prehospital klinikk

Slide 3: Etablere mobil enhet med anestesi/intensivkompetanse (intensivambulanse, akuttbil etc) i MSJ

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

Kommentarer:

1. Prehospitaltjenester vil tilpasse seg når akuttfunksjoner i Mosjøen avvikles, som for eksempel ved å øke kompetanse i ambulansene.
2. Samarbeid med primærhelsetjenesten om akutte pasienter kan være et godt tiltak.

Konklusjon: Etablering av intensivambulanse/akuttbil burde vurderes. Sistnevnte i samarbeid med primærhelsetjenesten.

Slide 4: Prehospitalt kompetanse- og treningssenter i Mosjøen

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

Kommentarer:

1. Prehospitale tjenester vil må tilpasse seg når akuttfunksjoner i Mosjøen avvikles. Innspillet kan være et tiltak som støtter opp under dette.
2. Generell burde læringsarenaer som for eksempel for simulering være nært fagmiljøene.

Konklusjon: Fasiliteter i Mosjøen for trening og simulering for prehospitale tjenester, gjerne også i samarbeid med primærhelsetjenesten kan vurderes.

Slide 5: Ambulansepersonell deltar i kommunal legeutrykning/legebesøk med LV-bil

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

Kommentarer:

1. Samarbeid mellom primærhelsetjenesten og prehospitale tjenester er viktig og ønsket.
2. Se kommentarer under slide 3.

Konklusjon: Samarbeid mellom prehospitale tjenester og primærhelsetjenesten kan være et viktig tiltak for å kompensere for bortfall for akuttfunksjoner i Mosjøen.

Slide 6: Fysisk nærhet (gåavstand) mellom kommunal legevakt og ny ambulansestasjon i Mosjøen. Samarbeid.

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

Kommentar og konklusjon :**Samlokalisering av ambulanse og kommunal legevakt** er et tiltak som kan bidra til å styrke den prehospitale behandlingsskjeden. Mer samarbeid, felles undervisning og evt teamtrening vil gi økt kompetanse og trygghet i akuttsituasjoner for både legevakt og ambulansepersonell. Samlokalisering bidrar til at legevaktslege i større grad kan rykke ut med ambulansen på røde turer, uten at det fører til forsinkelse av ambulanse til pasient.

Innspill fra ledere i Mosjøen

Lvert i powerpoint fil

Kommentar: Alle innspillene fra lederne er også levert fra faggruppene og kommentert der.

Innspill fra Vefsn kommune

Lvert i brev datert 28.09.2022, saksnr. 2022/1307-57 og er delt inn i fem punkter. For komplett innspill se eget vedlegg.

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

Kommentar: Innspillet er tatt til orientering.

Punkt 2: DMS i Mosjøen Befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal må ha et DMS med det samme polikliniske tilbudet som er planlagt i DMS i Brønnøysund.

Kommentarer:

1. Innholdet i de polikliniske tjenester som skal etableres i Mosjøen skal fortrinnsvis gjelde pasienter med sammensatte og langvarige sykdommer og kreftpasienter.
2. Innholdet må videre sees i sammenheng med avstand til tilbudet i sykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen.
3. Å etablere senger i Mosjøen er i strid med vedtaket.

Punkt 3: Rus og psykisk helsetjenester i ved Distriktpsikiatrisk senter i Mosjøen

Kommentarer:

1. Vedtakspunkt 5 omhandler dps struktur, rus og psykisk helse: Styret ber om at tjenestetilbudet i rus og psykisk helsevern videreutvikles med basis i dagens DPS-struktur med sengekapasitet og poliklinikker. I konseptfasen må det også gjøres en vurdering av hvordan det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og rus skal styrkes innen framtidig struktur, jf. Nasjonale målsettinger.
2. Nåværende medvirkningsprosess og foreliggende rapport gjelder først og fremst polikliniske somatiske tjenester.

Punkt 4: Nevrologi i skal fortsatt være lokalisert til Mosjøen

Kommentarer:

1. Nevrologi er et fagfelt som ifølge FSU er anbefalt til å flyttes til Sandnessjøen.
2. Nevrologi er et fagfelt som er viktig i samspill med indremedisin og fysikalsk medisin og rehabilitering.
3. Mange nevrologiske pasienter er kronikere og et poliklinisk tilbud til disse pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn kan være riktig.

Konklusjon: Det er viktig at det nevrologiske miljøet tilknyttes indremedisin og FMR i Sandnessjøen. Det kan eventuell etableres et nevrologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere fra Grane Hattfjelldal og Vefsn og i denne sammenheng også gjelde psykiatriske pasienter.

Punkt 5: Samarbeid prehospitale tjenester

Kommentarer:

1. Samarbeid mellom primærhelsetjensten, kommuner og prehospitale tjenester kan være et viktig tiltak for å kompensere for bortfall av akuttfunksjoner i spesialisthelsetjenesten i Mosjøen.
2. Samlokalisering av tjenester kan være en faktor i dette for eksempel med tanke på legevakt, etablering av akuttbil og felles røntgentjenester m.m.

Innspill fra Grane kommune

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

Kommentarer:

1. Kardiologi er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering fra sykehusene. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i sykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Kardiologi betjener en relativ høy andel kronikere. Det er ønskelig med poliklinisk aktivitet i fagfelt kardiologi i Mosjøen.
3. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet. (Slide 13 innspill fagmiljøene)

Konklusjon: Det kan vurderes å etablere et poliklinisk kardiologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere. Dimensjonering etter ressurstilgang og behov.

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

Kommentarer:

1. Faglig strategisk utviklingsplan anbefaler å etablere vanlig røntgen og ultralyd diagnostikk i Mosjøen.
2. CT maskiner er en stor kostnadsdriver og må vurderes i sammenheng med avstand til sykehusene og kompenserende tiltak innenfor prehospitaltjenester.
3. For akutte pasienter kan en mellomstopp i Mosjøen være en pasientfelle og vurderes ikke med unntak for slagpasienter.
4. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet

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

Kommentarer:

1. Nevrologi er et fagfelt som ifølge FSU er anbefalt til å flyttes til Sandnessjøen.
2. Nevrologi er et fagfelt som er viktig i samspill med indremedisin og fysikalsk medisin og rehabilitering.
3. Mange nevrologiske pasienter er kronikere og det kan med fordel gis et poliklinisk tilbud til disse pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Konklusjon: Det er viktig at det nevrologiske miljøet tilknyttes indremedisin og FMR i Sandnessjøen. Det kan vurderes å etablere et nevrologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Innspill: Dialyse

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

Kommentarer:

1. FSU anbefaler å beholde dialysen i Mosjøen.
2. Dialysen er et viktig tilbud for nyresviktpasienter (kronikere) i Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Konklusjon: Det anbefales å beholde dialyse i Mosjøen.

Innspill: Gynekologi/fødepol inkl ultralyd	
Problem som ønskes løst: Vanlig obstetriske- og gynekologiske undersøkelser, ultralydscreening ved jordmor	
Pro	Con

- Bærekraftsmål

3.4)

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

- Faglig

Ultralydscreening av jordmor; alle gravide skal ha tilbud om ul fra uke 12 i tillegg til ordinær screening uke 18 og evt oppfølging av mulige avvik og dette innebærer flere konsultasjoner.

Gynekolog med obstetrisk kompetanse tilbyr kvinner kontroller og oppfølging. Det er ressursbesparende for alle parter at en spesialist flytter på seg fremfor 8 pasienter (med pårørende) skal forflytte seg.

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

- Bemanningsmessig

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

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

- Faglig
 - Tekst
- Bemanningsmessig

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

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

- Økonomisk
 - Tekst
- Forholdet til vedtaket
 - Tekst

- Økonomisk
 - Tekst
- Forholdet til vedtaket
 - Tekst

Kommentarer:

1. Oppfølging av gravide og gynekologiske polikliniske tjenester tilbys per i dag i Mosjøen.
2. Følgetjenester er en lovpålagt oppgave og burde følges opp helt uavhengig av ny sykehusstruktur på Helgeland.

Konklusjon: Polikliniske tjenester innen gynekologi/føde kan etableres i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov.

Innspill: Pediatri	
Problem som ønskes løst: Oppfølging av barn i alle aldre – fra nyfødt	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none">• Faglig <p>For barn som lever med sykdom er oppfølging viktig og den er gjerne tett ettersom barnet utvikler seg raskt.</p> <p>Helgeland har ingen barneavdeling, nærmeste avdeling i Nordland, er Bodø – 36 mil fra Trofors sentrum. Det er viktig å ha pol kl tilbud nært, ikke minst med tanke på skolebarn/ungdom som mister undervisningstid når de må reise så mange mil at de mister hele dagen.</p> <ul style="list-style-type: none">• Bemanningsmessig <p>Bemannes med pediater og sykepleier</p> <ul style="list-style-type: none">• Økonomisk<ul style="list-style-type: none">– Tekst• Forholdet til vedtaket	<ul style="list-style-type: none">• Faglig<ul style="list-style-type: none">– Tekst• Bemanningsmessig <p>Utfordrende å rekruttere pediatere til Helgeland når det ikke er barneavdeling?</p> <ul style="list-style-type: none">• Økonomisk<ul style="list-style-type: none">– Tekst• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none">– Tekst

Kommentar og konklusjon: Pediatri er per i dag og også i fremtidig struktur lagt til Sandnessjøen. Polikliniske tjenester innen pediatri i Mosjøen kan eventuelt etableres avhengig av ressurstilgang og behov.

Innspill: Kjemoterapi/infusjonspoliklinikk	
Problem som ønskes løst: Cytostatika, infusjonsbehandling og medikamenter for andre degenerative lidelser og spesielle syndromer som kan administreres lokalt.	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"> • Faglig <p>Minske belastningen med lang reisevei for undersøkelser og behandlinger som i seg selv er svært belastende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bemanningmessig <p>Ivareta og beholde kompetent personell som er i Msj.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økonomisk <p>Sparer utgifter til pasientreiser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> – Tekst 	<ul style="list-style-type: none"> • Faglig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Bemanningmessig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> – Tekst

Kommentarer:

1. Innspillet er i tråd med anbefaling i FSU.
2. Det er et ønske å gi desentrale tjenester til kronikere og kreftpasienter.

Konklusjon: Det anbefales at kreft og infusjonspoliklinikk videreføres som i dag.

Innspill: Kirurgi	
Problem som ønskes løst: Dagkirurgi og småkirurgiske inngrep. Sårbehandling.	
Pro	Con

<ul style="list-style-type: none"> • Faglig <p>Ha det samme tilbudet for dagkirurgi som i dag.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bemanningmessig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Økonomisk <p>Dersom Ssj/Mir har kapasitet til å gjøre alle inngrepene som utføres pr nå i Msj uten økt behov for plass eller personell må det vel stilles spørsmål om der er overkapasitet i dagens drift?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> – Tekst 	<ul style="list-style-type: none"> • Faglig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Bemanningmessig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> – Tekst
--	--

Kommentarer:

1. Det er vedtatt at generell kirurgi skal flyttes til Sandnessjøen.
2. Vedtaket åpner ikke for å drive dagkirurgi i Mosjøen.
3. Det er viktig å forene fagmiljøene i Mosjøen og Sandnessjøen derunder også anestesileger, anestesi og operasjonssykepleier.
4. Å etablere polikliniske kirurgiske tjenester for kronikere som for eksempel sårpasienter er ønskelig

Konklusjon: Dagkirurgisk virksomhet fra Mosjøen flyttes til Sandnessjøen. Det kan vurderes å etablere en sårpoliklinikk i Mosjøen.

Innspill: Øre nese hals	
Problem som ønskes løst: ØNH-endoskopier og -konsultasjoner Audiograf	
Pro	Con

<ul style="list-style-type: none"> • Faglig <p>Se beskrivelse for pediatri – mange av disse pasientene er barn/unge.</p> <p>I tillegg har mange hørselshemmede behov for undersøkelser/tilpasninger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bemanningsmessig • Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> – Tekst 	<ul style="list-style-type: none"> • Faglig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Bemanningsmessig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> – Tekst
<p>Kompenserende tiltak:</p>	
<p>Behov for faktagrunnlag:</p>	

Kommentarer:

1. ØNH er per i dag og i framtidig sykehusstruktur lagt til Sandnessjøen.
2. Polikliniske tjenester innen ØNH kan etableres via ambulering som for eksempel per i dag i Mo i Rana.
3. Det er en relativ liten andel kronikere innen ØNH faget.
4. Audiograf tilbudet er poliklinisk og omfatter mange kronikere.

Konklusjonen: Audiografisk tjeneste i Mosjøen kan vurderes videreført som i dag avhengig av ressurstilgang og behov. Å etablere ØNH tjenester i Mosjøen er avhengig av kapasiteten til ØNH avdelingen i Sandnessjøen.

<p>Innspill: Ortopedi</p>	
<p>Problem som ønskes løst: Konsultasjoner med utredning, vurdering og behandling, kontroll etter operasjon, telemedisin.</p>	
<p>Pro</p>	<p>Con</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Faglig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Bemanningmessig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> – Tekst 	<ul style="list-style-type: none"> • Faglig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Bemanningmessig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> – Tekst
--	--

Kommentar og konklusjon:

Ortopeder ambulerer per i dag til både Brønnøysund og Mosjøen. Polikliniske ortopediske tjenester i Mosjøen kan eventuelt videreføres avhengig av ressurstilgang og behov.

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

Kommentarer:

1. FSU anbefaler lysbehandling i Mosjøen i framtiden.
2. Faget dermatologi foreslås flyttet til Sandnessjøen.
3. Hudpoliklinikk kan vurderes avhengig av ressurstilgang og behov.

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

Kommentarer:

1. FSU foreslår å flytte faget oftalmologi til Sandnessjøen.
2. Faget inneholder en del kronikere som kan eventuelt behandles i Mosjøen.
3. Behov for kostnadsintensivt utstyr.
4. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet.

Konklusjon: Øyepoliklinikk for kronikere kan vurderes å opprette i Mosjøen, avhengig av ressurstilgang og behov.

Innspill: Støttefunksjoner

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

Kommentarer:

1. FSU anbefaler blodbanker i Sandnessjøen og Mo i Rana, tappestasjon, eventuell tappebuss i Brønnøysund og Mosjøen.
2. Se tidligere omfattende vurderinger og kommentarer om dette temaet.

Konklusjon: Det anbefales å følge FSU med tanke på etablering av blodbank i sykehusene, med tappestasjon eller buss i Mosjøen og Brønnøysund.

Innspill: CPAP-behandling	
Problem som ønskes løst: Reduserer risiko for hjerte- og karsykdom og bedrer søvnighet og livskvalitet.	
Pro	Con

<ul style="list-style-type: none"> • Faglig <p>Beholde tilbudet som allerede er i Msj</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bemanningsmessig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> – Tekst 	<ul style="list-style-type: none"> • Faglig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Bemanningsmessig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> – Tekst
<p>Behov for faktagrunnlag: Mosjøen som leverer denne tjenesten på Helgeland pr nå. 237 behandlinger i 2021 – Nordlandssykehuset Bodø hadde 264 behandlinger samme år og ventetid på 16 – 32 uker.</p>	

Kommentarer:

Se tidligere vurdering og kommentarer i dette dokumentet.

Innspill: Ernæringsfysiolog

Kommentarer:

1. Se tidligere vurdering og kommentar i dette dokumentet.

<p>Innspill: Diabetes</p>	
<p>Problem som ønskes løst:</p>	
<p>Pro</p>	<p>Con</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Faglig <p>Et fagfelt som tilbyr oppfølging og behandling til mennesker i alle aldre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bemanningsmessig • Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> – Tekst 	<ul style="list-style-type: none"> • Faglig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Bemanningsmessig <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> – Tekst • Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> – Tekst
--	---

Kommentarer:

1. Endokrinologi er en del av fagfeltet indremedisin som er anbefalt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering fra sykehusene. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Endokrinologi betjener en høy andel kronikere. Det er derfor ønskelig med poliklinisk aktivitet i fagfelt diabetes i Mosjøen.
3. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet.

Innspill fra Hattfjelldal kommune

Mottatt 4. oktober, gjengitt i referat fra møte med kommunene 06.10.22

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

Kommentarer: Innspillet er tatt til orientering.

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

Kommentarer:

1. Faglig strategisk utviklingsplan: I konseptfasen må laboratoriemedisinsk aktivitet i Mosjøen utredes i sammenheng med etablering av poliklinisk somatisk tilbud.
2. Det er ikke nødvendig å ha et fullverdig laboratorium til stede for å utøve elektive polikliniske tjenester. God planlegging og prøvetaking dagen før hjemme eller hos fastlegen kan være gode løsninger, spesielt for pasienter som skal få infusjonsbehandlinger.
3. Et laboratorium er en stor kostnadsdriver.

4. Det må vurderes om man kan tilby samme lab tjenester til kommunene basert i framtidige laboratoriene på sykehusene.
5. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet.

Konklusjonen: Laboratoriemedisinsk aktivitet i Mosjøen kan vurderes i avhengighet de polikliniske tjenester som skal etableres. Lab tjenester til kommunen tas med som en faktor i vurderingene.

Ambulerende røntgen er et ønske.

Kommentarer:

1. Mobil røntgen enhet er nevnt i faglig strategisk utviklingsplan og kan være et tiltak for å kunne gi tilbud til eldre og skrøpelig i primærhelsetjenesten i kommuner med lang avstand til sykehusene.
2. Et slikt tilbud kan eventuelt etableres i samarbeid med kommunene.

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

Kommentarer:

1. CT er et viktig diagnostisk verktøy både elektiv og akutt og en viktig faktor i behandling av hjerneslag.
2. CT maskiner er en stor kostnadsdriver og fordeling av CT maskiner i fremtidens Helgelandssykehuset må vurderes med tanke på utnyttelsesgrad, stabilitet av tilbudet ved utfall av en maskin og avstander.
3. Se utfyllende vurderinger og kommentarer tidligere i dette dokumentet.

Konklusjon: CT tilbudet i Mosjøen må vurderes opp mot nevnte kriterier.

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

Kommentar: Innspillet er tatt til orientering.

Vi har selv ØHD plass og dersom det digitale samarbeidet utvides mellom ØHD og sykehus spesialistene og fastlegene så kan dette like godt skje i Hattfjelldal som i en intermediær seng i Mosjøen.

Kommentar: Innspillet er tatt til orientering.

Innspill brukerutvalg

fra møte den 23.09.22 dokumentert i referatet er alle tatt til orientering i prosjektet.

Innspill fra fastlegene Vefsn, Grane og Hattfjelldal

fra møte den 03.05.22 dokumentert i referat:

fra møte den 08.09.22 dokumentert i referat

Særlig palliative team, sammensatt på tvers av forvaltningsnivå, fremheves som ønskelig. Et palliativt team vil typisk kunne bestå av pasientens fastlege, annen ressurs fra kommunen og anestesipersonell fra Helgelandssykehuset HF.

Kommentarer:

1. Palliative team har en viktig oppgave i kreftbehandlingen og samarbeider med primærhelsetjenesten men også tverrfaglig i sykehusene.
2. Med fordel etableres teamet der det er sengeplasser for å kunne sikre gode overganger mellom forvaltningsnivåene.
3. Medlemmer fra spesialisthelsetjenesten i palliativt team kan med fordel være tilknyttet fagmiljøene i sykehusene.
4. Man må vurdere hvor mange palliative team man skal etablere og hvilke oppgaver de har og kommuner hvert team samarbeider med.

Konklusjon: Palliative team anbefales etablert i sykehusene med oppdrag å samarbeide med primærhelsetjenesten og alle kommuner.

Det er et nevrologisk miljø ved HSYK MSJ som i dag yter et betydelig antall polikliniske konsultasjoner per år i Mosjøen. Det er viktig å innrette det fremtidige tjenestetilbudet slik at dette fagmiljøet ikke går til grunne.

Kommentarer:

1. Nevrologi er et fagfelt som ifølge FSU er anbefalt til å flyttes til Sandnessjøen.
2. Nevrologi er et fagfelt som er viktig i samspill med indremedisin og fysikalsk medisin og rehabilitering.
3. Mange nevrologiske pasienter er kronikere og det kan med fordel gis et poliklinisk tilbud til disse pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn i Mosjøen.

Konklusjon: Det er viktig at det nevrologiske miljøet tilknyttes det indremedisinske fagmiljø og FMR i Sandnessjøen. Det kan etableres et nevrologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Det er behov for øye- og hudlegetjenester. Det er en avtalespesialist i Mosjøen (øye) og på Mo (hud), men ventetiden her er lang, så et poliklinisk tilbud også fra sykehuset på disse fagområdene vil være kjærkomment for pasientene.

Kommentarer:

1. Helgelandsfunksjoner i Mosjøen flyttes til hovedsykehuset i Sandnessjøen (vedtak og FSU)
2. Et eventuelt poliklinisk tilbud innen urologi, hud, øye, nevrologi og plastikk kirurgi vil derfor betjenes gjennom ambulering i all hovedsak fra Sandnessjøen.. Størrelse på et poliklinisk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. En for stor aktivitet på poliklinikken i Mosjøen vil kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
3. Noen av helgelandsfunksjoner som i dag er i Mosjøen krever spesialrom og utstyr som er kostnadsdrivere.
4. Det polikliniske tilbudet i Mosjøen burde i all hovedsak være et tilbud for pasienter fra Grane Hattfjelldal og Vefsn med sammensatte og langvarige sykdommer.

Konklusjon: Det kan vurderes å etablere polikliniske tjenester i Mosjøen for fortrinnsvis kronikere og kreftpasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn. Innhold og dimensjonering må vurderes i hvert fagfelt.

Av de indremedisinske konsultasjonene er det særlig kardiologiske undersøkelser som benyttes i stor grad i dag, men også gastroenterologisk (endoskopier) og pulmonologisk kompetanse (oppfølging lungecancer) er kjærkomment. Eventuelle sykepleierdrevne poliklinikker bør være støttet av leger med rett spesialistkompetanse.

Kommentarer:

1. Fagfeltet indremedisin er i vedtaket anbefalt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering fra sykehusene. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Tilbudet som skal gis i Mosjøen bør innrettes mot kronikere i Vefsn, Grane og Hattfjelldal.
3. Sykepleierdrevne poliklinikker for eksempelvis diabetikere, lungepasienter og kreftpasienter kan være meningsfulle gode tilbud i Mosjøen.
4. Se tidligere vurdering og kommentarer om dette temaet i dokumentet.

Konklusjon: Det kan etableres et poliklinisk indremedisinsk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere, kontrollpasienter og kreftpasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Billeddiagnostikk-utstyr inkludert CT (relatert til en eventuell nevrologisk poliklinikk og event. slagdiagnostikk) er også ønsket. Røntgenapparatet kan med fordel være mobilt (røntgen thorax på sykehjem etc.)

Kommentarer:

1. Det radiologiske tilbudet i Mosjøen vurderes opp mot behovet innenfor poliklinisk virksomhet, behovet for røntgentjenester i primærhelsetjenesten og eventuelt behov for CT i forbindelse med diagnostisering og behandling av hjerneslag.
2. MR undersøkelser er ikke tiltenkt Mosjøen i FSU.
3. Det er viktig at de radiologiske miljøene i Mosjøen og Sandnessjøen forenes.
4. Mobil røntgenenhet er nevnt i faglig strategisk utviklingsplan og kan være et tiltak for å kunne gi et tilbud til eldre og skrøpelig i primærhelsetjenesten i kommunene med en viss avstand til røntgenavdelingene.
5. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet.

Konklusjon: Det etableres vanlig røntgen tjeneste i Mosjøen, men ikke MR. CT vurderes i forhold til slagbehandling og prehospitale tjenester.

Dialyse

Kommentarer:

1. FSU anbefaler å beholde dialysen i Mosjøen.
2. Dialysen er et viktig tilbud for nyresviktpasienter (kronikere) i Grane, Hattfjelldal og Vefsn.
3. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet.

Konklusjon: Det anbefales å beholde dialyse i Mosjøen

Ønsker gjerne flere fag blir representert i poliklinikken, det vil være bra for det faglige miljøet og samhandlingen, skaper en aktivitet som i seg selv er bra. For oss (fastlegene) spiller det imidlertid liten rolle om tilbud innen f.eks. hud/øye ligger en times reisevei unna.

Kommentarer:

1. Poliklinisk aktivitet i de enkelte fag er kommentert i hvert fag.
2. Omfanget av den daglige aktiviteten er avhengig av ressurstilgang og behov.
3. Innspillet er tatt til orientering.