



<i>Møtetype</i>	Samarbeidsmøte mellom Helgelandssykehuset og kommunene (Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna) om funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset
<i>Møtedato og tid:</i>	Mandag 07.10.2024 kl. 09:00-11:00
<i>Møtested</i>	Auditoriet, Helgelandssykehuset Sandnessjøen
<i>Deltakere kommunen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stig Sørø, regionrådssekretær, Helgelandsrådet</li> <li>- Rachel Berg, kommunedirektør, Alstahaug</li> <li>- Elbjørg Larsen, ordfører, Herøy</li> <li>- Siv Nilsen, kommunalsjef helse og omsorg, Herøy</li> <li>- Wenche S. Jørgensen, enhetsleder for hjemmetjenesten, Herøy</li> <li>- Marit Kjemsås, enhetsleder hjemmetjenesten, Herøy</li> <li>- Henrik Skovly, kommunedirektør, Herøy</li> <li>- Anette Bøen Hagen, kommunalsjef helse og omsorg, Alstahaug</li> <li>- Peter Talseth, ordfører, Alstahaug</li> <li>- Rune Ånes, kommunalsjef helse, Dønna</li> <li>- John Erik Skjellnes Johansen, ordfører, Dønna</li> <li>- Tor-Henning Jørgensen, kommunedirektør, Dønna</li> <li>- Eline Monsen, interkommunal samhandlingsleder</li> <li>- Heidrun Regina Stene (deler av møtet, Teams)</li> </ul>
<i>Deltakere Helgelandssykehuset HF</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lena E. Nielsen, administrerende direktør</li> <li>- Hege Sjøvik, medisinsk direktør (Teams)</li> <li>- Pål Madsen, saksbehandler, Prehospital klinikk</li> <li>- Rune Holm, klinikkssjef Klinikk psykisk helse og rus (Teams)</li> <li>- Sturla Ditlefsen, DMS-leder/koordinator (Teams)</li> <li>- Knut Roar Johnsen, samhandlingssjef</li> <li>- Henrik Balodis Skaret, samhandlingsrådgiver</li> </ul>
<i>Referent</i>	Henrik Balodis Skaret

Helgelandssykehuset har innkalt til dagens møte.  
 Møtet avholdes med formål om å identifisere satsningsområder for videre samhandling med kommunene.

***Kort innledning fra Helgelandssykehuset, gjennomgang av prosess og koordineringsgruppen.***

Føringer for dette arbeidet er nedtegnet i [Mandat for funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset](#), og er en oppfølging av foretaksmøtet, ref: [foretaksprotokoll fra Helse Nord RHF 30.8.2024](#). Mandatet er vedtatt av styret i [Helgelandssykehuset HF 11.9.2024](#)

Helgelandssykehuset har opprettet en informasjonsside, som kan finnes på [Helgelandssykehuset.no](https://helgelandssykehuset.no)

***Struktur på arbeidet:***

Det er opprettet en koordineringsgruppe som ledes av Sturla Ditlefsen. Pål Madsen og Rune Holm er saksbehandlere. Oppdragsgiver er administrerende direktør Lena Nielsen og medisinsk direktør Hege Harboe-Sjøvik.

Det er etablert samarbeidsmøter med vertskommunene som foregikk i uke 39. Referater fra disse publiseres i løpet av dagen 07.10.2024. Før behandling i styret, er det også lagt opp til en høringsrunde på ni dager, som sendes ut den 28. oktober.



Helgelandssykehuset har lest alle tidligere høringsinnspill som kommunene på Helgeland har sendt oss, og jobber med å validere tidligere data og utredninger opp mot eventuelt nye forutsetninger.

Tidslinjen for dette arbeidet ligger ute på nettsiden til Helgelandssykehuset, på følgende nettside: [Tidslinje](#)

#### **Oppsummering:**

Helgelandssykehuset har vurdert tre fag/hovedområder som bør diskuteres og som er særlig interessant å få innspill fra kommunene rundt:

- Rehabilitering
- Intermediære senger
- Psykisk helse og rus

Det er gjort mange utredninger, deriblant Faglig strategisk utviklingsplan. Disse utredningene vil bli benyttet i det videre arbeidet. Siden det forrige strukturvedtaket ble fattet, har det kommet enkelte endringer i bestillingen. Tidslinjen er stram, og mye skal gjøres. Blant annet må de nye rammebetingelsene ses i lys av det som tidligere er gjort. Rehabiliteringstilbudet skal styrkes, og det inngår i prosessen at også dette skal ses på. Her er det klart at sykehuset og kommunene må samarbeide, og Helgelandssykehuset ønsker innspill fra kommunene på hvordan vi kan etablere en hensiktsmessig plan for samarbeid rundt disse pasientene.

#### **Rehabilitering**

Sømna var vertskommune for avtaleinstitusjonen Helgeland rehabilitering. Som følge av bortfall av avtalen med Helse Nord, ble driften avvirket. Helgelandssykehuset er kjent med at det var vilje til et interkommunalt samarbeid med Helgeland rehabilitering, og sykehuset ønsker å ta opp igjen diskusjonen, og være en bidragsyter.

Myndighetene har vært klare på at det totale rehabiliteringstilbudet i helsetjenestene ikke er godt nok. Arbeidsgruppe 3 innenfor Helse Nord's omstillingsprosess leverte en rapport til Helse Nord, som kan leses [her](#). Rehabiliteringsfeltet er todelt – enkelte pasienter skal få tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten og andre i kommunene. Det er en fordel om man kan gå sammen om å tilby en helhetlig rehabilitering, og sykehuset i Mosjøen bør være av interesse for kommunene og Helgelandssykehuset. Det vil bli en endring i funksjonene, og en del av tilbudet vil falle bort fra Mosjøen. Her er det et mulighetsrom. En organisasjonsform må utredes. Interkommunal samhandlingsleder har erfaringer fra arbeidet fra tidligere, og har erfaring med at det fra den kommunale siden krever en del diskusjon og utredning før man kan lansere et forbliktende samarbeid.

Det understrekes av Helgelandssykehuset at pasienter som skal ligge på sykehus for rehabilitering, fortsatt skal være innlagt.

Det ble diskutert at Helgeland rehabilitering var et svært godt og faglig bredt tilbud. Det var tilgjengelig for kommunene for pasientforløp som også gikk utenfor spesialisthelsetjenestens løyper. Enkelte kommuner benyttet seg av tilbudet, innenfor de økonomiske rammene som var mulig, for å gi rehabilitering til kommunale pasienter.

Kommunene understreker at et samarbeidsprosjekt ikke må være et andregradstilbud, men et prioritert arbeid fra alle parter.

Kommunene er jevnt over positivt innstilt til å inngå et samarbeid, men det er mange spørsmål tilknyttet en eventuell driftsform og et forpliktende samarbeid.



Et forslag som dukker opp er et ambulerende rehabiliteringsteam. Et team opprettet i fellesskap kan ambulere og tilby kompetanse i helgelandskommunene. Et godt tilbud tilpasset kommunene anses avgjørende for å lykkes med å øke kvaliteten på rehabiliteringen. Kommunene ønsker å nyttiggjøre seg av kompetansen i sykehuset, og i større grad ivareta pasientene i hjemmet, heller enn nødvendigvis på institusjon.

Det foreslås å se på et team som en samordnet drift.

Herøy, Dønna og Alstahaug har alle rehabilitering både i egne institusjoner og i hjemmetjenestene. Dønna opplever at tilbudet som har falt bort med tapet av Helgeland rehabilitering er at de yngre, som kan komme tilbake i yrkeslivet, har fått et dårligere tilbud.

### **Psykisk helse**

Kommunene er bekymret for at sykehuset skal redusere poliklinisk aktivitet, og at denne aktiviteten skal gis kommunalt. Det understrekes at kommunene har utfordringer rundt rekruttering.

Rune Holm orienterer om arbeidet med ny funksjonsfordeling i Klinikk psykisk helse og rus. Vi er ett av to foretak i Norge som ikke har en lukket døgnpost for akuttinnleggelser på psykisk helse. Psykisk helse og rus (PHR) må ha større plass i den planleggingen. Det finnes per i dag ikke et akutttilbud hvor pasienter kan innlegges på tvang på Helgeland. Kommunelegene har vært enige og høylytte om at tilbudet ikke er godt nok. Klinikk psykisk helse og rus har tidligere laget en rapport for mulighetene for å etablere et slikt tilbud. Arbeidet er nå hentet frem og skal behandles internt. Det oppleves at rapporten står seg godt, og det er lite nytt i saken per i dag. En av fordelene med å ha et slikt tilbud er at det vil bli en betydelig redusert reisetid. Politi og ambulanse er ressurskrevende, og samordning kan ta svært lang tid. Det å benytte disse tjenestene til transport medfører at beredskapen tidvis svekkes samt store økonomiske utgifter. Det som vil bli utfordringer i perioder, er rekruttering og leger i spesialisering. Ved å etablere en akuttpost, vil vi dog kunne tilby mer av spesialiseringen for leger på Helgeland.

Situasjonen i kommunene innenfor legevakt, rus og psykiatri er viktig for Helgelandssykehuset.

Kommunene er enige i at et slikt tilbud vil være positivt for Helgeland. Kommunene er dog bekymret for rekruttering og kompetanse til å ivareta tilbudet. For de små kommunene er det utfordrende med de lange reisetidene, og ressursene disse opptar også i kommunene.

Det reises spørsmål om de akutte ambulante teamene, og om disse utnyttes optimalt med dagens struktur.

Kommunene reiser bekymringer rundt ivaretagelse av fagmiljøet i Vefsn, men understreker at et større fagmiljø kan rekruttere godt.

Helgelandssykehuset svarer at det må vurderes hvilke kompensierende tiltak som kan reises dersom et akutttilbud ikke kan etableres. Et av tiltakene *kan* være arbeid med akutte ambulante team.

Det er et bredt spenn av vurderinger av rapporten i klinikkens fagmiljøer. Enkelte er svært positive, enkelte er mer bekymret.

Rapporten vil bli publisert på Helgelandssykehusets sider med tiden. Helgelandssykehuset fyller en akuttenthet i Bodø i løpet av året, i tillegg til belegget på sykehuset.

Herøy kommune spiller inn at lokasjon for akuttpost vil være et engasjerende tema.

### **Intermediære senger**

Temaet om intermediære senger har blitt mye diskutert i dialogen med vertskommunene. Foreløpig prioriterer Helgelandssykehuset avklaringer rundt intermediære plasser i Vefsn og i Brønnøy. For å oppsummere, er det viktig med begrepsavklaringer rundt disse pasientene, og å definere hva som er intermediære senger. Det kan være et stort mulighetsrom innenfor det å etablere intermediærsenger, men først må det avklares hva det skal omhandle, og en pilotering er fornuftig.

Helgelandssykehuset har erfaring med at enkelte pasienter kunne fått god omsorg i kommunenes egne institusjoner, forutsatt at sykehuset kan bidra med sin spesialiserte kompetanse. Å unngå innleggelse er positivt for pasienter og for de felles helsetjenestene. Det vises til slagalarmen, som har vist et imponerende mulighetsrom for digitale avstandstjenester. Navnet intermediærsenger er ikke det viktigste, men funksjonen - å spare pasienter for innreise og de negative følger dette innebærer, er det viktigste.

Helgelandssykehuset ønsker å prioritere å definere og foreslå en driftsform for intermediære senger.

Kommunene er bekymret for den juridiske og faglige gråsonen for ansvaret rundt disse pasientene. Sykehuset understreker at ansvaret må avklares. Tradisjonelt er den som har pasienten i sin omsorg ansvarlig, men det legges opp til diskusjoner rundt dette.

Kommunene rapporterer at KAD/ØHD-senger fortrinnsvis ikke ønskes å brukes til å legge inn pasienter til forsterket omsorg, da av legevaktsleger. Det er en bekymring for skrøpeligheten rundt disse pasientene.

Sykehuset ønsker å bidra med vurderingskompetansen til kommunene, slik at man unngår at pasienter må reise inn for det som resulterer i en rask poliklinisk konsultasjon, for deretter at pasienten returnerer til kommunen.

Kommunene rapporterer at Helgeland benytter mange vikarer. Et nytt system må være begripelig for legevaktsleger, og enkelt nok til at andre må kunne forstå hvordan det benyttes. Det er en jevn erfaring med at unge og uerfarne leger har en tendens til å be om innleggelse for flere pasienter. Å stabilisere ved å etablere et interessant tilbud, kan medføre at tilbudet blir selvforsterkende positivt. Kommunene poengterer at det å ha et intermediært tilbud kan medføre bedre kompetanse, noe som kan gjøre kommunenes helsetjenester mer robuste, og følgelig blir bedre i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Videre poengteres det at tjenestene må være godt utredet og trygghetsskapende tiltak for pasienter og ansatte bør være en prioritet i arbeidet.

Intermediærsenger og løsninger for tjenester i sjiktet mellom kommunene og sykehuset er utprøvd. Blant annet har løsningen blitt forsøkt i Alta. For at en løsning skal fungere, og at begge nivåer skal ha et eierskap til en eventuell institusjon, kreves det et bilateralt engasjement.

Konsepter rundt observasjonspost diskuteres, da i kommunal regi med støtte fra sykehuset. Kommunene rapporterer at de har erfaring med satsninger, hvor sykehuset har trukket seg ut av samarbeid om digitale helsetjenester (overføring av sanntidsdata fra kommunene til sykehuset).

#### **Digitalisering og digitale muligheter:**

Kommunene er engasjert i arbeidet med digitalisering og hvilke muligheter som foreligger i dette samhandlingsrommet. Det ønskes diskusjon rundt å få etablert digitale samhandlingsformer til drift. Det er muligheter for å redusere reisekostnader og gi bedre tilgang på tjenester ved god digitalisering. Helsefellesskap Helgeland har etablert et faglig samarbeidsutvalg som skal jobbe videre med digitalisering og digitale muligheter. Helgelandssykehuset har til formål å vise til Helsefellesskapets arbeid i rapporten videre.

#### **Prehospitale tjenester:**

Helgelandssykehuset har et eget punkt om prehospitale tjenester i rapporten som vil fremlegges styret. Hovedfokuset for Helgelandssykehuset er vertskommunenes beredskap i forhold til bortfall av vaktlinjer. I Vefsn er det tenkt økt prehospitale ressurser. Helsefellesskapet driver et faglig samarbeidsutvalg (FSU akuttmedisinsk samarbeid) rundt innføring av Trygg Akuttmedisin og felles innføring av prosedyrer, kompetanseheving og bedring av de felles tjenestene. Det er spesielt tre tidskritiske tilstander som det vies ressurser til; Hjerneslag, hjerteinfarkt og sepsis. Det er i dag forskjellige prosedyrer, noe som medfører at behandlingsskjeden ikke blir like sammenhengende som



potensialet tilsier. Det kommunale apparatet er livsviktige i den akuttmedisinske kjeden – en befolkning med kunnskaper om førstehjelp, til legevaksleger - det er svært viktige bidrag som utføres daglig i kommunene.

Helgelandssykehuset har ikke til formål å nedbygge de prehospitaltjenestene. Det vil bli endringer, men dette skal ikke gå utover kvalitet eller forsvarlighet.

Kommunene opplever at politikerne har vært klare i hva som skal tilbys ved de ulike lokasjonene. Det etterlyses signaler fra Helgelandssykehuset i hvilken grad det vil leveres på bestillingen fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord. Alstahaug kommune opplever at mandatet som det nå jobbes etter svarer på mer enn bestillingen.

Helgelandssykehuset oppfatter bestillingen slik at vi skal levere de tjenester som vi er satt til å gjøre, i de fasilitetene som vi har. Sykehuset har lenge ønsket nye bygg, men før det kan bygges nytt, må bærekraften bedres. Oppdraget til Helgelandssykehuset er at vi må løse utfordringene innenfor de rammene som er satt.

Dersom kommunene engasjerer seg i arbeidet om Trygg Akuttmedisin, kan saken om Trygg Akuttmedisin fra styremøte 25.09.2024 ses [her](#).

#### **Intensivkapasitet Helgelandssykehuset Sandnessjøen**

Intensivkapasiteten i Sandnessjøen har blitt diskutert tidligere. Kommunen ønsker status på intensivkapasiteten. Alstahaug kommune viser til argumentasjon rundt flytting av tarmkreftkirurgien og en generell bekymring rundt det å sikre akuttkirurgisk beredskap.

Helgelandssykehuset prioriterer å opprettholde tilbudet og støtte en videreutvikling av fagmiljøet. Det gjenstår å se hvordan de ansatte fra Mosjøen endelig stiller seg i forhold til flytting av døgnberedskap.

#### **Kommunikasjon med Helgelandssykehuset:**

Kommunen opplever at kommunikasjonen med Helgelandssykehuset har båret preg av å være bygd opp på tre lokasjoner. Det vises til Helgelandssykehusets nettsider, hvor det fortsatt oppleves at det skrives om geografisk fragmenterte tjenester.

Helgelandssykehuset viser til en mulig årsak, hvor sykehuset har faglig ledelse på lokasjonsbasis på nivå 3.

Sykehuset er takknemlig for at det settes fokus på kommunikasjon og inngangsporter i Helgelandssykehuset. Helsefellesskapet har vært en arena, hvor lokasjonene og historikken rundt disse, ikke har vært tema. Dette opplever medlemmene at alle respekterer.