



<i>Møtetype</i>	Samarbeidsmøte mellom Helgelandssykehuset og kommunene Brønnøy, Sømna, Vevelstad, Bindal (invitert) og Vega om funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset
<i>Møtedato og tid:</i>	Fredag 11.10.2024 kl. 10:00-12:00
<i>Møtested</i>	Telestudio, DMS Brønnøy
<i>Deltakere kommunen</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Elbjørg Larsen, enhetsleder, Brønnøy - Frank G. Nilsen, kommunedirektør, Brønnøy - Arnst Ståle Sæthre, ass. kommunedirektør/eiendomssjef, Brønnøy - Ann Kristin Johansen, enhetsleder Brønnøy - Elin Pettersen, enhetsleder Brønnøy - Tonje Johansen, enhetsleder Brønnøy - Heinz Thomas Diel, områdeleder helse og velferd, Sømna - Rolv-Jørgen Bredesen, kommuneoverlege, Sømna - Renate Mathisen, kommunedirektør, Vevelstad - Sinne Marken, kommuneoverlege, Vega - Eline Monsen, interkommunal samhandlingsleder (Teams)
<i>Deltakere Helgelandssykehuset HF</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Lena E. Nielsen, administrerende direktør - Pål Madsen, saksbehandler, klinikkssjef Prehospital klinikk (Teams) - Rune Holm, klinikkssjef Klinikk psykisk helse og rus (Teams) - Sturla Ditlefsen, DMS-leder/koordinator - Knut Roar Johnsen, samhandlingssjef - Henrik Balodis Skaret, samhandlingsrådgiver (Teams)
<i>Referent</i>	Henrik Balodis Skaret (Teams)

Helgelandssykehuset har innkalt til dagens møte.

Møtet avholdes med formål om å identifisere satsningsområder for videre samhandling med kommunene. Administrerende direktør og samhandlingssjefen har i løpet av uken reist gjennom Helgeland for å avholde disse møtene.

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-Sjåvik.

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](#)

I arbeidet deltar sykehusets egne ansatte, uten bruk av eksterne firma for analyse eller lignende.

Oppsummering:

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

- Rehabilitering
- Intermediære senger
- Psykisk helse og rus

Det er også åpent for andre forslag til samhandling mellom kommuner og Helgelandssykehuset.

Administrerende direktør ønsker å høre kommunenes problematikk fra deres ståsted. Følgende løftes frem:

Uavklarte pasienter:

Det er tidvis en utfordring å avklare pasienter, om disse skal til kommunale tjenester, om disse skal til Helgelandssykehuset, eller eventuelt Nordlandssykehuset. Noen lokale senger hadde vært fordelaktig. Det er lokale logistiske utfordringer, og KAD/ØHD-sengene er ofte ikke tilgjengelige. Intermediærsenger er derfor noe Brønnøy kommune ønsker å prioritere i det videre arbeidet. Det uttrykkes at mye kan observeres i kommunen, gitt at man har muligheter for å observere med kyndige sykepleiere og øvrig helsepersonell, gjerne med teknologiske verktøy for faglig rådgivning og støtte fra spesialisthelsetjenesten. Den lange transportveien har konsekvenser for pasientene.

I Vega oppleves det at det fungerer bedre med KAD/ØHD-senger. Det er også et godt samarbeid med BUP, men et mindre samarbeid med VOP. Det oppleves lite ambulering med kommunen, og det etterlyses en bedre samhandling med et ambulant akutteam. Det etterlyses mer samarbeid rundt de kroniske pasientene, både i somatikk og i psykiatri. Et tettere samarbeid rundt pasienter med kronisk sykdom synes fordelaktig. Ofte får disse pasientene akutte forverringer dersom oppfølgingen er suboptimal.

Enkelte kommuner har ventet på at prosjektet rundt intermediærsenger skulle starte, og de har blitt forespeilet at man kan dele byggmasse for å ha en samdrift av intermediær/KAD. Brønnøy viser til at KAD sannsynligvis ville ha vært organisert annerledes, dersom kommunen ikke hadde tegnet seg til et samarbeid.

Sykehjemslegene opplever at planer for rehabilitering ikke foreligger når pasientene skrives ut til kommunal omsorg. Ofte er det ikke epikrise, og disse må etterlyses.

Kommunene opplever at det er vanskelig at mange pasienter skrives ut på fredager, gjerne i slutten av dagen. Dette medfører at det blir et høyere press på kommunene i løpet av helgen. Pasientene er også dårligere nå når de skrives ut enn det de ble tidligere. Det medfører en økt belastning på kommunehelsetjenesten.

De kommunale ROP-tjenestene opplever at det legges mer oppgaver til kommunene. Da kreves det bistand fra spesialisthelsetjenesten på en annen måte enn tidligere. Også for disse pasientene er det ønskelig med mulighet for innleggelse lokalt.

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 bør samarbeide, og Helgelandssykehuset ønsker innspill fra kommunene på hvordan vi kan etablere en hensiktsmessig plan for samarbeid rundt disse pasientene.

Helgelandssykehuset ønsker å komme til en ordning rundt intermediaersengene. Per tiden er sykehuset i en alvorlig økonomisk situasjon, men arbeidet prioriteres innenfor de rammene som foreligger. Mange pasienter går inn til sykehuset for en undersøkelse eller kort observasjon, som man kunne løst med et intermediært opphold - både fra et pasientperspektiv og fra et økonomisk perspektiv, er det viktig å få fremgang i arbeidet med å etablere et lokalt tilbud.

Helgelandssykehuset har prioritert tjenesteinnovasjon ved DMS-et. Det er nylig etablert en slagalarm, hvor CT kan tilbys lokalt, og der hjerneslag kan diagnostiseres og behandlingen kan startes allerede i Brønnøy. Det er mange teknologiske fremskritt som har gitt store muligheter for god samhandling. Det er tjenlig for sykehuset, kommunene og ikke minst for pasientene at vi jobber med dette nå.

Pasientene med økte behov i forbindelse med psykisk sykdom må også ha et tilbud. Det bør prioriteres at KAD/intermediærsenger/observasjonsposten også kan ta imot psykiatriske pasienter. Særlig ventetiden før transport oppleves som uverdigg fra kommunens ståsted.

Kommunene er også økonomisk presset, så det poengteres at finansiering må ha et særskilt fokus.

Om definisjon på intermediære senger:

Det har i løpet av uken i møter med kommunene blitt snakket mye om intermediære senger, og spørsmålet som ofte dukker opp er hva en intermediær seng innbefatter. Spørsmålet er hva behovet fra kommunen er. Kan det være at en observasjonspost med diagnostiske muligheter kan være et bedre alternativ? Man må gå inn i diskusjon om intermediære senger er det rette begrepet for denne satsningen.

Det kalles inn til en dialog i løpet av uke 42 rundt denne saken. For søndre Helgeland ønsker Helgelandssykehuset å ha disse sengene som satsningsområde. Det er stramme rammer rundt investering, og mye av det bygningsmessige og det medisinsktekniske er tilstede ved DMS-et.

Oppfølging av saker fra tidligere møter:

Sykehuset ønsker tilbakemelding om det er noen tidligere oppfølgingspunkter som har latt vente på seg. Kommuneoverlegene har etterlyst mer informasjon på sykehusets nettsider rundt prosedyrer. Sykehuset jobber med denne saken.

Om logistikk på Helgeland

Helgelandssykehuset er godt kjent med de logistiske utfordringene på Helgeland, og spesielt i de søndre kommunene. Mye av det mest akutte foregår via lufttransport, men vær og vind gjør at vi har en del utfordringer som må løses med god samhandling. DMS-et på Sør-Helgeland har nasjonal og regional oppmerksomhet, og det ligger et stort potensiale lokalt. Det har naturligvis vært mye snakk om økonomi i den videre prosessen og mulighetene, men det vil være fordelaktig å diskutere dette når det blir aktuelt.

Det finnes en del midler som er gitt via de regionale helseforetakene, men metoden for tildeling er fortsatt ikke avklart. Kommunene oppfordres til å vise engasjement dersom de ønsker at samarbeidet prioriteres.

Rehabilitering

Sømna var vertskommune for avtaleinstitusjonen Helgeland rehabilitering. Som følge av bortfall av avtalen med Helse Nord, ble driften avviklet. Helgelandssykehuset er kjent med at det var en 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 Nords 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 forpliktende samarbeid.

Det understrekes av sykehuset at det ikke er snakk om at pasienter som skal ligge på sykehus, ikke lenger skal gjøre det. Disse skal fortsatt være i sykehus, men at kommuner og sykehus går sammen om et godt tilbud med tilgang på spesialisert kompetanse, med rehabilitering på flere nivåer under samme tak.

Det ble diskutert at Helgeland rehabilitering var et svært godt 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 mulig, for å gi rehabilitering til kommunale pasienter.

Kommunene påpeker at man tidligere kjøpte tjenester fra Helgeland rehabilitering på Sømna. Mosjøen oppleves geografisk utfordrende med tanke på avstand, så det kan bli vanskelig for kommunene på søndre Helgeland å bidra direkte inn i administrasjonen av et slikt samarbeid. Det kan være interessant å kjøpe tjenester fra et slikt samarbeidsprosjekt. Det understrekes i møtet at dette samarbeidet blir invitert til av Helgelandssykehuset, og ikke Helse Nord. Det har igjennom endrings- og omstillingsarbeidet i Helse Nord blitt signalisert at det skal kjøpes færre tjenester fra det private. Helgelandssykehuset står i en bedre posisjon enn det Helgeland rehabilitering gjorde, da det ikke dreier seg om anbud, men en ny driftsform i et helseforetak. Kommunene advarer Helgelandssykehuset om at det kan bli noen reaksjoner fra befolkningen når et tilbud eventuelt reises i Mosjøen. God kommunikasjon med befolkningen vil være viktig for sykehusets renommé.

Psykisk helse

Rune Holm orienterer om arbeidet med ny funksjonsfordeling i Klinikk for 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 om at tilbudet ikke er godt nok. Det er i Klinikk for psykisk helse og rus tidligere laget en rapport om 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 den prehospital 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. Per tiden er de største fagmiljøene i Mosjøen og Mo i Rana.

Ambulant akutteam:

Sykehuset har gjennomført en omorganisering som har affisert det ambulante akutteamet, og all AAT. Virksomheten har deretter blitt tilbakeført til de lokale VOP-ene. Det jobbes med detaljer i rutinene, så alt er ikke helt klart. Det skal jobbes med samhandlingsrutiner, og et ambulant tilbud skal gis kommunene.

Kommunene bes gi tilbakemelding i tilfeller hvor sykehuset ikke leverer til forventninger, slik at det kan kalles inn til samarbeidsmøter for kvalitetsarbeid.

Kommunene gir tilbakemelding om at tilbudet oppleves skjult og lite tilgjengelig. Tilbakemeldingen noteres.

Avslutning:

Det må vurderes om man skal følge opp saken om et intermediært nivå.