

MØTEREFERAT

Møtetema Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset	
Sted: Teams	Dato / tid: 16.10.24
Til stede: Fra Grane kommune: Dragana Vidojkovic Fra Hattfjelldal kommune: Øystein Andreas Furnes Fra Helgelandssykehuset: Hege Harboe Sjøvik, Pål Madsen, Knut Roar Johnsen, Henrik Balodis Skaret	
Forfall:	
Referent: Henrik Balodis Skaret	
Neste møte: Ikke avtalt	

Saker som ble behandlet:

Generelt om prosessen:

Hege Harboe-Sjøvik, medisinsk direktør, gjennomgår at Helgelandssykehuset etter ønske fra kommunene har fått en forlengelse på fristen for å ferdigstille saken. Dette medfører lengre høringsfrist for kommunene.

I forbindelse med endringer i funksjons og oppgavefordelingen i Helgelandssykehuset ble fastlegene i Grane og Hattfjelldal bedt om å komme med innspill til det videre arbeidet, både innspill på muligheter og eventuelt utfordringer som vi ikke har adressert i vår kommunikasjon. Spørsmålet er hva bør vi samarbeide om, og som **eksempler** på relevante tema har sykehuset utsendt følgende:

Kronikere, samhandling, rehabilitering, opptaksområder, akuttkjede og psykisk helsevern og rusbehandling.

Referat:

Poliklinisk tilbud:

Det er fra regionen flere gamle som vil få lengre reisevei, noe som vil oppleves belastende for pasientene. Å beholde et adekvat poliklinisk tilbud på dagtid anses som et sentralt kompensatorisk tiltak ved flytting av akutt- og døgnfunksjoner, særlig med tanke på tilbudet til kronisk syke/multimorbide eldre.

Akutttilbud:

Særlig fra Grane reises det bekymring om bortfall av akuttberedskap ved sykehuset i Mosjøen. Det blir en lengre reisevei, og ambulansene vil være utilgjengelig dobbelt så lenge som ved dagens utrykninger. Viktig for kommunen å beholde ambulansen. Når transporttiden dobles, oppleves det svært viktig at ambulansene beholdes i området. Likevel er andre bekymringer større enn det akuttmedisinske tilbudet, som kan løses med



god samhandling om prehospital tjeneste, så lenge transportkapasiteten er adekvat og tilpasset lengre reisevei.

Røntgen:

Radiologiske undersøkelser i Mosjøen er positivt for kommunene, da lette ortopediske problemstillinger kan løses i Mosjøen. Dette medfører mindre reising. Kommunene uttrykker at det er fornuftig å samle funksjonene. En sentral bekymring er bortfall av radiologi og lab. Problemstillinger kan avklares samme dag, da labsvar og undersøkelser raskt kommer tilbake.

Døgnmulighet for å ta CT caput fremheves som særlig viktig for kommunene, med tanke på et forsvarlig tilbud til pasienter med akutte hjerneslag.

Rehabilitering: Interessant tanke å kunne få til et samarbeid mellom kommunene og sykehuset. Det må vises en del fleksibilitet fra begge sider, slik at fag, politikk og økonomi kan balanseres.

Sykehuset ønsker å se på bygningsmassen i Mosjøen i forhold til rehabiliteringsfeltet. Det er et engasjement i kommunene med tanke på mangel av tilstrekkelig kapasitet og tverrfaglig kompetanse. Det finnes mye god tverrfaglig kompetanse i Mosjøen, så et godt tilbud kan bygges opp.

Helsefelleskapet har nylig etablert et faglig samarbeidsutvalg rundt rehabilitering, men for at man skal lykkes med å etablere et slikt tilbud, så kreves det engasjement på begge sider.

Kommunelegene anser det å bygge opp et sentralt rehabiliteringstilbud som viktig. Rekruttering av sykepleiere i kommunene er utfordrende, og slike rekrutteringsutfordringer går utover eksempelvis rehabilitering.

Opptaksområde:

Pasientene i og rundt sykehuset i Mosjøen må reise til nytt tilbud når det gjelder innleggelse. I det opprinnelige styrevedtaket (styresak 9-2023) skulle alle akutt- og døgnfunksjoner flyttes til Sandnessjøen. Sykehuset ser at det er en prosentmessig betydelig utfordring, både areal- og personellmessig for de andre lokasjonene å skulle håndtere denne økningen samlet. Dette er under pågående vurdering.

Kommunelegene meddeler at det viktigste for pasientene i nedslagsområdet er at de mottas av kompetente fagmiljø, ikke om det er i Sandnessjøen eller Mo i Rana. Det må være et fagmiljø man må stole på. Hvilket sykehus pasienten må reise til, er ikke av konsekvens for fastlegene. Det viktigste er at pasienten tas imot når de skal, uten at fastlegen/legevakten må organisere for mye.

Intermediærsenger / KAD-senger:

KAD-sengen i Hattfjelldal blir brukt. Når det er et dagtilbud i Mosjøen med tanke på radiologi og labsvar, er det forsvarlig å bruke KAD-sengen til mye. Dersom avstanden til tjenestene blir større og støttefunksjonene mindre tilgjengelig, vil det være lettere og bedre for pasienten å søke innleggelse i sykehus, heller enn KAD.

Begrepet «intermediærsenger» har vært diskutert med kommunene i løpet av prosessen. Begrepet må avklares, og en samarbeidsform bør utvikles. Spørsmålet som reises i sykehuset, er om sykehuset kan bistå med ressurser slik at en desentral seng kan benyttes for å observere en pasient, gitt at det er digitale løsninger og kompetanse på plass.

Det poengteres fra kommunenes side at det er den kommunale legen som vil ha ansvaret for den innlagte pasienten, og at ansvarsforholdet ved en «intermediær seng» vil være det samme som en KAD-seng. Det stilles spørsmål med hva som skiller en «intermediær» seng fra en KAD-seng. Hva man kan ta seg av lokalt avhenger av tilgjengelig kompetanse både på lege- og sykepleiersiden. Her er det utfordringer med variabel bemanning på legesiden i flere kommuner, og utfordrende rekrutteringssituasjon for både leger og sykepleiere. For at løsningen skal lykkes, kreves det svært god kommunikasjon mellom den kommunale legen og en tilgjengelig spesialisthelsetjeneste for konferering. Konferanseproblem med spesialisthelsetjenesten er per i dag ikke et



problem, kommunelegene opplever at det fungerer godt i dag og forventes selvsagt å fungere godt også i fremtiden. Dette går på tilgjengelig kompetanse i kommunene. Enkelte kommuner har med tiden fått godt lab-utstyr, men fortsatt er det ikke alt som er fornuftig å ha i kommunene, som i dag tilbys i Mosjøen.

Psykisk helsevern:

Rune Holm informerer om at sykehuset er bedt om å vurdere å etablere en psykiatrisk post for akutt psykisk sykdom med mulighet for å ta imot pasienter med vedtak om tvangsbruk. Det er lagt noen føringer for hvilke støttefunksjoner som må være tilgjengelig rundt tilbudet.

Rekruttering er en utfordring når man skal bygge en slik avdeling, da det krever vaktgående spesialister i psykiatri. De siste årene har sykehuset sendt rundt 200 pasienter årlig til Nordlandssykehuset – de fleste frivillig, men noen på tvangsvedtak. Det er uansett en betydelig belastning for pasienter og beredskapen for de prehospitale tjenestene og politiet.

Kommunelegene støtter et initiativ om etablering av en slik post på Helgeland, så lenge det lykkes å opprettholde et stabilt fagmiljø. Avstanden oppleves særlig lang for Hattfjelldal/Grane. Kommunene bes engasjere seg i saken, dersom de oppleves faglig relevant.

Innspill på tjenestemodeller eller samarbeidsmetoder:

Kommunelegene bes engasjere seg i idéer, piloter eller modeller som kunne vært interessant å prøve ut for Helgeland.

- Telemarksmodellen fremheves som en interessant modell å prøve i forhold til en akuttmedisinsk kjede. Modellen er utprøvd, og det finnes mange rapporter på arbeidet.

Fastlegene bes om å komme med innspill. Disse innspillene kan sendes til Knut Roar Johnsen på mail: krj@helgelandssykehuset.no
