



Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF

Forslag til høring 4. november 2024



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÄTIE



1.	Sammendrag	2
1.1	Somatikk	3
1.2	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	3
2.	Innledning	3
3.	Personell, utdanning og kompetanse	7
4.	Samhandling	10
5.	Rammebetingelser innen økonomi og bygg	11
5.1	Økonomiske forutsetninger	11
5.2	Bygg og arealmessige forutsetninger	12
6.	Fagområder	13
6.1	Somatikk	13
6.1.1	Fagområdene under medisinsk klinikk	13
6.1.2	Fagområdene under kirurgisk klinikk	16
6.1.3	Akuttmottak, anesthesiologi og intensivmedisin	18
6.2	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	21
6.3	Diagnostiske tjenester	22
7.	Helhetsvurdering og forslag	24
7.1	Somatikk	24
7.1.1	Vurdering funksjons- og oppgavefordeling i kirurgiske fagområder	26
7.1.1.1	Pasientforløp traumer	30
7.1.2	Vurdering funksjons- og oppgavefordeling i medisinske fagområder	31
7.1.2.1	Pasientforløp hjerneslag	33
7.1.3	Observasjonspost ved DMS Sør-Helgeland	35
7.1.4	Prehospitale tjenester	36
7.1.5	Rehabilitering	36
7.1.6	Konsekvensvurdering bygg	39
7.2	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	40
7.2.1	Etablering av akutenhet	40
7.2.2	Unngå fristbrudd og redusere ventetid	43
7.2.3	Oppsummert forslag	44
8.	Appendiks	44
8.1	Involvering i saksbehandlingen	44
8.2	Helgelandssykehuset- Ett sykehus	48
8.3	Samhandling og brukerinvolvering	49

1. Sammendrag

Utgangspunktet for løsningsforslaget er pasientens interesser. Pasientsikkerhet er førende. I en prioritering av ulike hensyn betyr det at akuttmedisinsk beredskap er ivaretatt prehospitalt, at de to akuttsykehusene har robuste fagmiljøer og skal ivareta sine lovbestemte oppgaver, at det er forutsigbare pasientløyper og at sykehusfasilitetene bidrar til å fremme helse. Neste prioritet er at pasienter ikke skal vente lenge på nødvendig helsehjelp og dernest at eldre skrøpelige pasienter og kronikere skal ha helsetilbud nært seg.

Med dette utgangspunktet skal løsningen finnes innenfor de rammebetingelsene som foreligger innen personellsituasjonen, økonomi og bygg. Helgelandssykehuset skal ha en forsvarlig drift. Med dette menes:

- Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient
- Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver
- Forsvarlig totalbelastning på personell
- Forsvarlig bruk av bygg og utstyr
- Forsvarlig økonomi

Løsningsforslagene skal gi en bærekraftig og framtidsrettet drift og er påvirket av at de ulike tjenestestedene har tilstrekkelig personell og rekrutteringsevne samt tilgjengelig areal og utstyr med minst mulig behov for investeringer. Ved flytting av funksjoner er risikoen for å miste kritisk fagmiljø eller bryte viktige faglige relasjoner og avhengigheter vurdert og forsøkt hensyntatt.

Hovedgrep:

- Etablering av en lukket psykiatrisk akutenhet i Mo i Rana.
- Styrket rehabiliteringsfunksjon i sykehuset Sandnessjøen og i Mosjøen i et samarbeid med kommunene.
- Styrket kirurgisk virksomhet i Sandnessjøen inkludert urologi.
- Styrket ortopedisk kirurgi i Mo i Rana og Mosjøen for å få ned ventelister og ta hjem gjestepasientene.
- Styrket prehospitale tjenester i samarbeid med kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal.
- Etablering av slagalarm i Mosjøen etter mønster fra Brønnøysund.
- Etablering av en observasjonspost ved DMS Sør-Helgeland i samarbeid med kommunen.

Døgnfunksjoner i Mosjøen:

- Alle døgn- og dagfunksjoner innen psykisk helse og TSB videreføres.
- Døgnbasert slagalarm.

Utredes:

- Fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR): Sengepost og poliklinikk i samarbeid med kommuner.

Dagfunksjoner i Mosjøen:

- Helgelandsfunksjonene nevrologi, øye og hud.
- Dagkirurgi i plastikk-kirurgi, ortopedi og generell kirurgi.
- Skadepoliklinikk.
- Radiologi og laboratorietjenester.
- Dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling.
- Medisinsk poliklinikk med øyeblikkelig hjelp-funksjon.

- Øvrige polikliniske funksjoner (kirurgi, pediatri, svangerskap, audiometri og lysbehandling).

Overføres fra Mosjøen:

- Alle somatiske akutt- og døgnfunksjoner overføres fra Mosjøen.
- Akutt- og døgnkirurgi overføres til Sandnessjøen.
- Urologi overføres trinnvis til Sandnessjøen.
- Ortopediske døgnpasienter overføres til Mo i Rana.
- Indremedisinsk akutt- og døgnfunksjoner overføres til Sandnessjøen for kommunene Grane og Hattfjelldal og til Mo i Rana for Vefsn kommune. Egen pasientløype for slagpasienter til Sandnessjøen.

1.1 Somatikk

Løsningsforslaget på somatisk område er basert på en rekke ulike hensyn som er forsøkt balansert i forhold til hverandre. For å sikre et godt pasienttilbud på Helgeland i framtiden må vi ha tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse. Det innebærer at forholdene må legges til rette for rekruttering, stabilisering og spesialistutdanning. Vi må utnytte rekrutteringsgrunnlaget på hele Helgeland. Pasienter som trenger helsehjelp ofte, vil gjerne ha tilbudet nært seg. Mange helsetjenester blir best når primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeider om dem. For å sikre best mulig kvalitet, er pasientene villig til å reise lenger. Akuttberedskapen er prioritert høyest.

1.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I dag er nærmeste akuttenhet for psykisk syke i Bodø. Svært syke pasienter får en krevende og lang transport. Det foreslås etablert en akuttenhet ved Helgelandssykehuset. Pasientene vil få kortere reisetid både til og fra akuttenhet, og vil kunne følges bedre opp av de lokale døgnenheter og poliklinikker da de ligger i samme klinikk og nærmere fysisk. En akuttenhet vil være fordelaktig for samhandling om disse alvorlig syke, ofte kronisk lidende pasientene. Påførende vil ha kortere vei for å besøke sine nærmeste. Kommunehelsetjeneste, med legevakt og fastleger vil i mye mindre grad oppleve at pasientene må vente på transport, selv om denne problematikken er noe redusert de siste årene.

En etablering av akuttenhet vil gi en redusert belastning av de Prehospitale tjenester. Dette vil gi reduserte transporter til Bodø som også gir redusert belastning for Politiet og følgetjenester.

En vesentlig fordel for klinikken med tilbudet lokalt er at LIS 3 slippe å reise til Bodø eller annet foretak med akuttenhet for å ta et helt år av spesialiseringen sin. Hvis det i tillegg på sikt blir mulig å håndtere psykosepasienter på dagens døgnenhet på Mo, vil en ha mulighet for å gjennomføre hele spesialiseringsforløpet på Helgeland. Det vil kunne være rekrutterende og stabiliserende for leger.

Anbefalingen er at det etableres en akuttenhet i Helgelandssykehuset, og at denne lokaliseres i Mo i Rana. For vurdering av lokalisering, se kap. 7.2.1.

2. Innledning

Bakgrunn og oppdrag

Helgelandssykehuset HF skal bidra til å oppfylle Helse Nords mål om å sikre bærekraft. Funksjons- og oppgavefordeling skal baseres på en struktur som lar seg bemanne og som gir bærekraftig økonomi (Helse Nord RHF styresak 11-2023).

Foretaksrådet i Helse Nord RHF 3. juli 2024 vedtok at «tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset HF skal basere seg på en modell med ett sykehus, der lokalisasjonene Mo i Rana og Sandnessjøen er akuttsykehus. Funksjons- og oppgavedelingen ut over somatiske akuttfunksjoner, inkludert tilbudene ved lokalisasjonene i Mosjøen og DMS Sør-Helgeland i Brønnøysund, besluttet av Helse Nord RHF i samarbeid med Helgelandssykehuset HF. Det skal være tilstedeværelse fra ledelsen ved alle lokalisasjoner. Foretaksrådet legger til grunn videreføring av fødeavdeling i både Sandnessjøen og Mo i Rana, i tråd med føringene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan».

I protokollen framkommer blant annet følgende:

- viktigheten av at det nå blir fastslått en retning for utviklingen av tjenestetilbudet ved Helgelandssykehuset HF, slik at helseforetaket kan komme videre med å omstille og utvikle tilbudet for framtiden.
- at Helgelandssykehuset HF har store utfordringer i driften og må gjennomføre tiltak for å sikre en økonomisk forsvarlig drift.
- at tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset HF skal baseres på en modell med ett sykehus på to lokalisasjoner, Sandnessjøen og Mo i Rana, hvor begge er akuttsykehus. Dette innebærer akutttilbud innenfor generell indremedisin, generell kirurgi og fødsler.
- at funksjonsfordelingen mellom de to akuttsykehusene skjer på en måte som støtter opp under akuttfunksjonene og en bærekraftig og framtidsrettet drift begge steder.
- at funksjonsfordelingen mellom lokalisasjonene for øvrig skal skje på en hensiktsmessig måte som legger til rette for økt samarbeid mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, gode og attraktive fagmiljøer og slik at alle lokalisasjonene Mo i Rana, Sandnessjøen, Mosjøen og Brønnøysund har helsetjenester av høy kvalitet i årene framover til det beste for innbyggerne.

Foretaksrådet i Helgelandssykehuset 30. august 2024 vedtok at forslaget til funksjons- og oppgavefordeling skal

- inkludere rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.
- inneholde en framdriftsplan for gjennomføring, og konkret beskrive forslag til hvordan Helgelandssykehuset HF kan benytte kompetanse, lokaler, medisinteknisk utstyr og øvrig infrastruktur på en måte som sikrer god kvalitet i tjenestene samt rasjonell og bærekraftig drift.
- innrettes slik at det minimerer behovet for investeringer i bygg eller medisinsk teknisk utstyr.
- sikre gode prehospitaltjenester tilpasset de endringer som foreslås.
- søke samarbeid med kommunene rundt de fire lokalisasjonene, for å realisere en samhandling som styrker pasientbehandlingen, i tråd med Nasjonal helse- og samhandlingsplan
- sørge for at ledelsen har regelmessig tilstedeværelse ved de fire lokalisasjonene

Mandatet

I mandatet for saksbehandlingen, som styret i Helgelandssykehuset vedtok 11. september 2024, ble følgende presisert:

Somatikk: Døgnkontinuerlig beredskap innen generell indremedisin, generell kirurgi og fødselshjelp skal bli ivaretatt ved sykehusene i Sandnessjøen og Mo i Rana. Videre funksjonsfordeling mellom de to akuttsykehusene skal skje på en måte som støtter opp under den døgnkontinuerlige beredskapen, og en bærekraftig og framtidsrettet drift begge steder. Dette innebærer robuste fagmiljøer av tilstrekkelig størrelse som foruten god pasientbehandling kan ivareta oppgaver innen utdanning, forskning og utvikling. Det tilstrebes at fagmiljøene i Mo i Rana og Sandnessjøen også har tilstrekkelig spesialistkapasitet til at disse kan tilby polikliniske tjenester i Brønnøysund og Mosjøen. Gitt tidligere beslutninger rundt funksjonsfordeling av de kirurgiske funksjonene, der ortopedi og tarmkreftkirurgi

er lagt til Mo i Rana, skal det vies særlig oppmerksomhet for å sikre det kirurgiske tilbudet og beredskapen i Sandnessjøen.

Det skal tilbys polikliniske spesialisthelsetjenester innen somatikk i Mosjøen. Tilbud til kronikere og pasientgrupper som ikke bør belastes med reiser skal prioriteres. Somatisk poliklinisk virksomhet i Mosjøen vurderes ut fra ivaretagelse av eksisterende fagmiljø, faglige avhengigheter, ambuleringssevne fra akuttstusykehusene, økonomi og plassforhold. Driftsformen innenfor somatiske spesialisthelsetjenester skal understøtte god samhandling med kommunene.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): Fagområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige skal styrkes for å redusere ventetider og unngå fristbrudd. For å unngå belastende transport for de sykeste til Nordlandssykehuset i Bodø, bør det etableres en døgnpost godkjent for innleggelse etter Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern §§ 3.2 og 3.3. Samling av all døgnbehandling for voksne skal i denne sammenheng vurderes.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 - 2027 gir regjeringen noen overordnede politiske signaler vedrørende funksjons- og oppgavefordeling. Regjeringen vil at vi skal desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må. Videre skriver regjeringen at «økt elektiv aktivitet kan styrke grunnlaget for å opprettholde akuttfunksjoner ved at helsepersonellet gir planlagt behandling ved siden av å ivareta beredskap for akutte situasjoner. Når man vurderer å flytte elektiv aktivitet til mindre sykehus eller ytterligere desentralisere behandlingssenheter, er det en rekke forhold som må inngå i vurderingen. Det må blant annet være tilstrekkelige beredskapsfunksjoner og tverrfaglig kompetanse ved det enkelte sykehuset. Pasientgrunnlaget må være tilstrekkelig til at helsepersonell får nok erfaring med de aktuelle prosedyrene, ettersom volum og erfaring er forbundet med kvalitet. Det må også være en hensiktsmessig fordeling mellom sykehus slik at det er tilstrekkelig operative prosedyrer for å ivareta spesialist- og videreutdanning. Flytting av elektiv aktivitet må ikke bidra til å opprettholde aktivitet innenfor behandlinger som anses som å ha lav nytte og dermed bør fases ut. Pasientenes rett til å velge behandlingssted kan begrense helseforetakenes mulighet til å påvirke pasientstrømmene. Geografi, ventetider og preferanser hos den som henviser har også betydning».

Forståelse av oppdraget oppsummert

Helgelandssykehuset skal ha en funksjons- og oppgavefordeling som ivaretar overordnede politiske mål for helsetjenesten og samtidig bidra til å løse Helse Nord's mest grunnleggende krav til omstillingen, nemlig sikre bærekraft gjennom en struktur som lar seg bemanne.

Dilemmaer og prioritering

I saksbehandlingen må vi forholde oss til en rekke faktorer som må vektles i forhold til hverandre. Det er personellsituasjonen, rekrutteringssevne, økonomi, bygg og utstyr. En overordnet prioritet er pasientsikkerhet. Denne hviler på grunnleggende krav til gjennomgående kvalitet og helsearbeidernes kompetanse.

Prioritering fra pasientperspektivet er som følger:

1. Pasientsikkerheten er ivare tatt

- a. Akuttmedisinsk beredskap i samarbeid med kommunene
 - b. To akuttpsykehus med robuste fagmiljøer som oppfyller alle krav til forsvarlig pasientbehandling, utdanning, forskning, opplæring av pasienter og pårørende.
 - c. Forutsigbare pasientløyper
 - d. Sykehusfasiliteter som fremmer god helse og tidlig mobilisering
2. Pasienter skal ikke vente lenge på nødvendig helsehjelp
 3. Eldre skrøpelige og kronikere skal ha tilbud nært seg
 4. Positiv pasientopplevelse på sykehuset
 5. Pasienter skal reise kortest mulig, også når det ikke haster og når man trenger tilbudet sjeldent

Forsvarlig drift

Helgelandssykehuset skal ha en forsvarlig drift. Med dette menes:

- Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient
- Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver
- Forsvarlig totalbelastning på personell
- Forsvarlig bruk av bygg og utstyr
- Forsvarlig økonomi

Faglig strategisk utviklingsplan 2021 – 2035

Faglig strategisk utviklingsplan 2021 – 2035 (FSU) inngikk i hovedprogrammet for Nye Helgelandssykehuset steg 1, som ble vedtatt av styret i Helgelandssykehuset 23.8.2022 (styresak 72-2022). FSU baserte seg på strukturvedtaket til en tidligere regjering i 27. januar 2020, og arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling har nå andre forutsetninger. Det nye strukturvedtaket har en mindre detaljeringsgrad med hensyn til funksjonsfordeling, byggeprosjekter er satt i bero, den økonomiske situasjonen er forverret, og mangel på helsepersonell har vært og vil fortsatt være den største utfordringen. Hovedsykehus er ikke definert. Det er likevel mye informasjon og mange faglige vurderinger i FSU som er like relevant i dag. Som et ledd i saksbehandlingen er klinikkenes fagmiljøer bedt om å vurdere FSUs validitet, gitt de nye forutsetningene. Tilbakemeldingene er hensyntatt i de videre henvisningene til FSU.

Utfordringsbildet som ble beskrevet, står seg også i dag:

- Sårbar rekrutteringssituasjon
- Behov for økt samhandling mellom helseforetakene i Helse Nord RHF og med kommunene på Helgeland
- Ikke bærekraftig økonomi
- Teknisk og funksjonelt uhensiktsmessige bygg for moderne helsetjeneste
- Behov for mer pasientrettet, effektiv organisering av tjenesten og de tilgjengelige ressursene
- For høy pasientlekkasje
- Endring i befolkningssammensetning og demografi
- Behov for økt satsning på forskning, innovasjon og utdanning

FSU beskriver at «de somatiske sykehusenhetene har vært drevet som separate enheter uten vesentlig samhandling, og det har til dels vært konkurranse mellom enhetene. I arbeidet med planen har det vært fokus på to relativt små akuttpsykehus og tilbud på fire lokalisasjoner. Dette kan snus rundt ved at ett Helgelandssykehus er muligheten foretaket har for å samordne tjenestene både

faglig, ressursmessig og for utvikling, utdanning og forskning. Det vil om dette er bildet av Helgelandssykehuset, kunne øke attraktiviteten. Det er et potensial for bedre kvalitet- og ressursutvikling i samarbeid mellom enhetene”.

Også innen psykisk helse og rus, står utfordringsbildet som ble beskrevet, seg i dag:

- Det polikliniske behandlingstilbudet må bygges ut slik at det blir dimensjonert etter behovet i landsdelen.
- Det må etableres døgntilbud som bidrar til å ivareta helseforetakets øyeblikkelig-hjelpsplikt innen fagområdet.

Om prosess og involvering i saksbehandlingen, se kap. 8.1.

3. Personell, utdanning og kompetanse

Medarbeiderne er virksomhetens viktigste ressurs. Å bemanne spesialisthelsetjenesten med tilstrekkelig antall fagpersoner som har rett kompetanse er Helgelandssykehusets aller største utfordring i tiden framover. Dette har vi til felles med alle sykehus og kommuner i Norge.

Helsepersonellkommisjonen slo i sin rapport «*Tid for handling*» (NOU 2023:4) fast at:

- Andelen av alle sysselsatte i Norge som jobber i helse- og omsorgstjenesten er tredoblet fra tidlig på 1970-tallet, og helse- og omsorgstjenesten sysselsetter mellom 15 og 20 prosent av arbeidstakerne i Norge.
- Spesialisthelsetjenesten har lenge hatt mindre rekrutteringsutfordringer enn kommunal helse- og omsorgstjeneste. Den seneste tiden har imidlertid flere sykehus, også i sentrale strøk, opplevd vanskeligheter med å bemanne ledige stillinger. Blant annet er det utfordringer knyttet til å rekruttere sykepleiere til ordinære sengeposter, intensivsykepleiere, jordmødre og personell innen psykisk helsevern. Også annen kritisk kompetanse, eksempelvis bioingeniører, mangler enkelte steder. Rekrutteringsutfordringene gjør det vanskelig å opprettholde flere grunnleggende tjenester.
- Sykehusene er komplekse organisasjoner. Sammensatte og avanserte oppgaver løses i samspill mellom forskjellige spesialiserte yrkesgrupper. Mange tjenester er døgnåpne og bemannes gjennom skiftarbeid. Når én spesialist mangler, kan tjenesten stoppe opp.
- Den medisinske utviklingen, mer bruk av avansert utstyr og økende krav til pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten, er drivere for ytterligere spesialisering. Det er en grunnleggende motsetning mellom tilgjengelighet og tilbud av tjenester i hele landet på den ene siden, og en utvikling mot stadig større spesialisering og kvalitet i tjenestene på den andre. Det er blitt økende utfordringer med å bemanne helsetjenester med akuttfunksjon og døgnkontinuerlig drift.
- Om kort tid, vil ikke øvrige næringer og sektorer lengre akseptere en videre økning i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenesten. Det er fordi den samtidig vil redusere tilgjengelig arbeidskraft for dem.
- Helsepersonellkommisjonen vurderer at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan øke vesentlig. Fordi personell allerede er et knapphetsgode, og i enda større grad vil være det fremover, må helse- og omsorgstjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før. Det blir færre ansatte per pasient.
- En styrket satsing på kommunale tjenester vil medføre en innretning av spesialisthelsetjenesten med lavere, eventuelt ingen, personellvekst. Produktiviteten må økes merkbart, og det blir behov for å tilrettelegge for og investere i løsninger som bidrar til dette.

I Helse Nord er det 24 % flere leger og sykepleiere pr. innbygger enn gjennomsnittet ellers i landet. Likevel er det bemanningsproblemer. Det forklares med at Nord-Norge av geografiske og historiske årsaker har flest sykehus, vaktordninger, distriktspyskiatriske sentra og andre tilbud per innbygger. Vi bruker mye personell i ulike tjenester med døgnkontinuerlig drift, men med få pasienter. Det blir for få igjen til å betjene de travleste vaktordningene, ventelistene og planlagte behandlinger. Vi kompenserer for noe av dette med kjøp av vikartjenester og kostbar planlagt behandling fra private. Det vurderes at det ikke er bærekraftig å fortsette slik, og det er heller ikke mulig å øke bemanningen ytterligere. Helse Nord's tiltak for å sikre bærekraft har delvis vært å etablere en struktur som lar seg bemanne og delvis ved å utarbeide en strategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK). I sak 54-2024 vedtok styret i Helse Nord en handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse. Helgelandssykehuset fulgte opp med sin PUK-handlingsplan i styresak 60-2024.

I planen har vi definert fire innsatsområder:

- Tiltrekke kompetanse gjennom rekruttering og markedsføring av Helgelandssykehuset som arbeidsgiver.
- Tilføre og utvikle kompetanse gjennom kvalifisering og kompetanseutvikling.
- Anvende kompetansen riktig gjennom oppgaveglidning, arbeidstid og organisering.
- Engasjere våre medarbeidere gjennom ledelse, arbeidsmiljø og arbeidsvilkår.

Bemannings- og rekrutteringssituasjonen

Et stort omfang av innleie av leger og sykepleiere er et symptom på bemanningsutfordringer, og er samtidig et vesentlig bidrag til Helgelandssykehusets vanskelige økonomiske situasjon. Hvor utfordringene er størst og for hvilke yrkesgrupper varierer noe over tid. Visse yrkesgrupper skiller seg negativt ut innen både somatikk, psykisk helsevern og rus og tekniske fag. Basert på antall vakante stillinger for leger og sykepleiere synes det å være en viss bedring det siste året i både medisinsk og kirurgisk klinikk. Omfanget av innleie er stabilt med en vridning fra innleie fra firma til innleie over lønssystem/honorar. Situasjonen blir ikke lysere når vi ser at 43 % av overlegene og mellom 20 og 30 % av spesialsykepleierne og jordmødrene er over 55 år gamle. Gjennom månedlig virksomhetsrapportering rapporteres overforbruk på bemanning. Pr september er oppsummeringen at behovet for bemanning ikke går ned, selv om bemanningsmiksen (fast lønn, variabel lønn, innleie fra firma og over lønssystem) endres og vi har gode eksempler på oppgaveglidning i alle klinikker.

Utdanning av spesialsykepleiere og jordmødre

Spesialisthelsetjenesten bidrar til utdanning av spesialsykepleiere og jordmødre. Støtte til videreutdanning av spesialsykepleiere (ABIKO) og jordmødre er organisert gjennom utdanningsstillinger som er finansiert med øremerkede midler. De tildeles på bakgrunn av behovsanalyser i klinikkene, og etterspørsel fra kandidater som ønsker å gjennomføre en videreutdanning og kommer inn på studiet. Det er vesentlig for vår fremtidige drift at antallet utdanningsstillinger fylles i tråd med behov på alle fire driftssteder og baseres på funksjons- og oppgavefordelingen.

Utdanning av legespesialister

Av videreutdanningsløpene er det bare legespesialisering Helgelandssykehuset selv har ansvaret for. Helgelandssykehuset er utdanningsvirksomhet for spesialistutdanningen for leger. Spesialistutdanningen er viktig for at Helgelandssykehuset skal kunne utdanne sine egne, fremtidige spesialister. Leger i spesialisering (LIS) er også en helt nødvendig ressurs for foretakets drift – både i

sengeposter, poliklinikker, akuttmottak osv. LIS bemanner våre primære og sekundære vaktlinjer, og er kritisk for opprettholdelse av lokalsykehusenes akuttfunksjoner.

Spesialistutdanningen er en kompetansebasert utdanning som tar minimum 6,5 år etter endt profesjonsstudiet i medisin. Spesialistutdanningens først del (LIS1, tidligere kalt «turnustjeneste») er en obligatorisk tjeneste på 1,5 år (1 år sykehus + ½ år kommune) som alle leger må gjennomføre uavhengig av videre hovedspesialisering. Vi har totalt 38 LIS1-stillinger fordelt mellom de tre sykehuslokalisasjonene. LIS1 er vår viktigste rekrutteringsarena for videre ansettelser som leger i spesialisering (LIS). Fire av stillingene er særskilte stillinger som skal bidra til økt rekruttering til allmenntidmedisin, BUP og psykiatri.

Helgelandssykehuset har spesialistutdanning i 18 hovedspesialiteter med totalt ca. 70 LIS-stillinger. Ingen utdanningsløp kan gjennomføres fullstendig i Helgelandssykehuset. Alle LIS må gjennomføre en spesialiseringperiode i et annet helseforetak for å kunne oppnå alle kompetansemålene. Dette betyr i praksis at LIS etter gjennomført 3-4 år i Helgelandssykehuset er forventet å reise til et annet helseforetak for å fullføre spesialistutdanningen. Lengden på denne spesialiseringperioden varierer mellom de ulike spesialiteter fra 6 til 36 måneder, for de fleste spesialiteter 1,5-2 år.

Vi har en viss turnover av LIS i Helgelandssykehuset. Sannsynligvis er dette som forventet sammenliknet med tilsvarende foretak, men vi vet for lite om hvor skillet går mellom ønsket og uønsket turnover. Øyeblikksbeskrivelser av antall LIS vil derfor være vanskelig å tolke. Vi har få historiske tall, men registrering gjort fra september 2023 til september 2024 viser at vi ansatte 20 nye LIS i foretaket, mens 11 LIS sluttet. I samme periode ble fire LIS ferdige spesialister, hvorav tre er fast ansatt som overleger i Helgelandssykehuset (én har sluttet).

Ved utgangen av september 2024 hadde vi 66 ansatte LIS i utdanningsløp innen 14 ulike spesialiteter. Av disse jobber ca. 64% i LIS-sjiktet, 19% som konstituert overleger, og ca. 17% er i permisjon (bl.a. spesialiseringperiode, foreldrepermisjon osv.). Dette medfører at vi til tross for relativt mange ansatte leger i spesialisering, likevel vil kunne oppleve mangel på LIS i arbeids- og vaktplaner. Mangel på LIS er spesielt krevende i de vaktbærende spesialiteter. LIS-bemanningen kan altså ikke sees på isolert, men må sees i sammenheng med øvrig legebemanning (for eksempel antall spesialister, antall LIS1, bruk av vikarer og konstituseringer, og evt. bruk av stillinger for «leger uten spesialisering/LIS1»). Antall LIS og spesialistdekning er viktig med tanke på tid og ressurser til utdanningsoppgaver som for eksempel supervisjon, veiledning og internundervisning. Hospitanter og medisinstudenter vil også påvirke det totale «utdanningstrykk».

Alle sykehuslokalisasjonene og DMS Sør-Helgeland i Helgelandssykehuset brukes i dag som læringsarena i spesialistutdanningen for leger. Det er aktivitet, pasientgrunnlag og spesialistdekning som danner grunnlaget for hvilke kompetansemål LIS kan oppnå, og som dermed lager rammene for hva vi kan tilby av spesialistutdanning. Hvilke spesialistutdanninger, hvor stor del av utdanningsløpet, og hvor mange LIS-stillinger vi har er derfor forskjellig mellom de ulike læringsarena. Endringer i funksjon og struktur vil føre til endringer i grunnlaget – noe som igjen vil gi konsekvenser for spesialistutdanningen.

LISKART

Helse Nord har som en del av et LISKART-prosjekt nylig publisert et omfattende kartleggingsarbeid rundt spesialistutdanningen. Rapporten beskriver betydningen av ledelse, læringsmiljø, kompetanseoppnåelse og administrativ støtte. Ansvaret for spesialistutdanningen ligger i lederlinjen.

Breddekompetanse hos leger

Helse- og omsorgsdepartementet har sett en tendens til stadig mer spesialisering i løpet av få år vil bringe oss inn i en situasjon der sykehusene vil mangle overleger med breddekompetanse i både kirurgi og indremedisin. Dette vil igjen gi problemer med fungerende vaktordninger, som igjen kan utfordre sykehusstrukturen. En arbeidsgruppe ledet av Helse Vest ble nedsatt av interregionalt AD-møte i februar 2024 og har nylig kommet med sin rapport. Gruppen har tre hovedanbefalinger, som det haster med å gjennomføre:

1. Helseforetakene bør få oppdrag om å vurdere endringer i organisering og faginndeling i sykehusene.
2. Helseforetakene bør få oppdrag om å styrke breddekompetansen innen indremedisin og kirurgi innenfor dagens utdanningsløp.
3. RHF'ene og Helsedirektoratet bør få oppdrag om og samarbeide om en bred gjennomgang av læringsmål i de indremedisinske og kirurgiske spesialiteter.

Saken følges opp i de regionale helseforetakene.

Betydningen for funksjons- og oppgavefordeling

Som ellers i Helse Nord er det i Helgelandssykehuset for mange parallelle døgnbaserte vaktlag. Disse skal nå reduseres fra tre til to tjenestesteder. Dette vil medføre en omdisponering av verdifull arbeidskraft fra dårlig utnyttet vakttid til mer effektiv pasientbehandling på dagtid.

Helgelandssykehuset har ikke råd til å miste en eneste fagperson. Innretningen av funksjons- og oppgavefordelingen må derfor sørge for å utnytte rekrutteringspotensialet på hele Helgeland, ikke bare i områdene rundt de to akuttsykehusene. Rekrutteringspotensialet i områdene rundt Mosjøen og Brønnøysund må også utnyttes. Samtidig vet vi at pendlerviljen er lav. Derfor må en stor del av tjenestetilbudet og dermed arbeidsplassene også fordeles dit.

De to akuttsykehusenes rekrutteringsevne påvirkes av flere forhold. En viktig faktor for høyt utdannet helsepersonell er å tilhøre et sterkt fagmiljø der en har meningsfulle og relevante arbeidsoppgaver og muligheter for å utvikle seg faglig over tid. Men rekrutteringsevnen påvirkes også av arbeidsmarkedet for øvrig, boligmarkedet, fritidstilbud m.m. i sykehusenes nærområde. Volumet av arbeidsføre har betydning, siden arbeidstakere ønsker kort vei til jobb og pendlerviljen synes å være lav. En kan ikke forvente at andelen helsepersonell blant de sysselsatte vil øke utover dagens ca. 20 %.

Disse forholdene må veies opp mot hverandre i vurderingen av hvordan funksjonene skal fordeles mellom akuttsykehusene.

4. Samhandling

I [Nasjonal helse- og samhandlingsplan](#) beskrives de største utfordringene for vår felles helsetjeneste: tilgang på nok personell, for dårlig sammenheng mellom tjenestene og likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester.

Knapphet på personell gjør det helt nødvendig å se kompetanse og kapasitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng, og å prøve ut nye arbeidsformer og organisering. For helsa til helgelendingene er det helt essensielt at Helgelandssykehuset og kommunene samarbeider godt, både på strategisk nivå, når vi planlegger tjenester, etablerer felles prosedyrer, og i daglig drift. Det er store avstander og befolkningen bor spredt. Det systematiske samarbeidet må være solid og ligge i bunnen for at det enkelte pasientforløp skal oppleves trygt og

sammenhengende. Digitalisering, rekruttering, psykisk helsevern, rehabilitering og akuttmedisin er viktige tema for felles utvikling av fremtidens tjenester.

Pasientflyt mellom tjenestenivåene påvirker bærekraften. Sykdomsforløpene starter i hovedregel utenfor sykehus, og pasientene henvises til utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten via fastlege eller legevakt. Tradisjonelt sett ferdigbehandles 90% av pasientene i primærhelsetjenesten. Det er primærhelsetjenesten som tar imot pasienter fra sykehuset når de er utskrivningsklare, og følger opp pasientene videre. Spesialisthelsetjenestene omfatter utredning og behandling som krever spesialistkompetanse, samt prehospitale tjenester og laboratorietjenester. Rask tilgang til spesialisthelsetjenester er viktig for pasientene, men også i samhandling med primærhelsetjenesten. Tilgjengelighet til diagnostikk, avklaringer og faglig støtte kan bidra til at kommunene i størst mulig grad kan ivareta pasientene der de bor, og på riktig behandlingsnivå.

Helgelandssykehuset og Helgelandskommunene har veletablerte arenaer for samhandling, og har gode forutsetninger for innovativ tjenesteutvikling som kan komme pasienten til gode. Kommunene på Helgeland har i lang tid vist et betydelig engasjement rundt saken om ny sykehusstruktur, og har levert tallrike høringssvar, innspill og uttalelser, som Helgelandssykehuset har, og fortsatt vil, benytte aktivt i videre arbeid. Vårt brukerutvalg og ungdomsråd er verdifulle representanter for pasientene våre. I kap. 8.3 har vi samlet all informasjon om kommunenes innspill og Helgelandssykehusets dialog med kommunene og brukerutvalgene underveis i prosessen.

5. Rammebetingelser innen økonomi og bygg

5.1 Økonomiske forutsetninger

Økonomiske forutsetninger for prosessen med funksjons- og oppgavefordeling er beskrevet i Protokoll fra foretaksmøte i Helgelandssykehuset HF 30. august 2024, og i saksfremlegget til styresak 80-2024 *Mandat for funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset*. [Saken leses her](#).

For å best mulig imøtekomme utfordringsbildet skal forslag om ny funksjons- og oppgavefordeling innrettes slik at det minimerer behovet for investeringer i bygg eller medisinsk teknisk utstyr. Mandatet presiserer også at endret funksjonsfordeling skal baseres på den eksisterende bygningsmassen, og med minst mulig behov for investeringer og nyanskaffelser. Arealer som eies av Helgelandssykehuset skal utnyttes maksimalt, slik at leieavtaler kan avvikles. Foretaksmøtets vedtak presiserer også nødvendigheten av å tilrettelegge med gode prehospitale tjenester som er tilpasset de endringer som foreslås.

Valgt modell skal minimere behovet for innleie og hensynta tilgang på kvalifisert fast personell. Strukturen skal la seg bemanne, sikre god kvalitet i tjenestene og gi en bærekraftig økonomi.

Overordnet økonomisk status og framtidig bærekraft

Bærekraftsanalysen fra styresak 80-2024 *Mandat for funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset*, viste et omstillingsbehov på 170,9 mill.kr. Noen av forutsetningene er endret som følger av Helse Nords sak: Styresak 127–2024 *Budsjett 2024 - justering av rammer nr. 2*.

Oppsummert for Helgelandssykehuset: Overskuddskravet for 2025 er redusert fra et overskudd på 47,0 mill.kr til 0,0 mill.kr. Prognose for 2024 er endret fra et negativt resultat fra -105,0 mill.kr til et resultat på -120,0 mill.kr. Overgangseffekt av tiltak som er satt i gang og under etablering, er nå

vurdert til å gi en effekt på 50,0 mill.kr fra tidligere 25,0 mill.kr for 2025. Omstillingsutfordringen for årene fremover endres ikke betydelig basert på de kjente endringene. Foretaket har fortsatt betydelig omstillingsutfordring både på kort og lang sikt som må løses.

Omstillingskostnader

Det er viktig at Helgelandssykehuset tar hensyn til at denne prosessen kan føre til endret eller redusert tilgang på personell, noe som igjen kan påvirke kostnadsbildet.

Personellmessige kostnader må tillegges vekt, der man hensyntar tilgang av kompetent personell og omfang innleie. Valgt modell skal minimere behovet for innleie. Rekrutteringskraft og tilgang på kvalifisert fast personell til lokasjonene må derfor også vektlegges.

Omstillingsarbeid er ressurskrevende og det må tas høyde for at en omstillingsprosess vil innbefatte ulike omstillingskostnader, i tillegg til personellmessige kostnader knyttet til omstillingen.

Når løsning er valgt etter høring-/innspillsrunden vil en beregning av driftskostnader av løsningen ligge ved til styrets behandling 24. januar 2025.

5.2 Bygg og arealmessige forutsetninger

Mandatet presiserer at arbeidet med funksjonsfordeling skal baseres på eksisterende bygningsmasse, med minst mulig behov for investeringer og nyanskaffelser. Arealer som eies av Helgelandssykehuset skal utnyttes maksimalt, slik at leieavtaler kan avvikles.

For å tilpasse driften til ny funksjon og oppgavefordeling må det utføres enkelte bygningsmessige tilpasninger. Endel av byggene er ikke tilpasset ny struktur og det må påregnes endel ombyggingskostnader for at driften skal kunne optimaliseres. Løsningen skal hensynta en minimering av disse kostnadene.

Foretaket har over lengre tid hatt lave investeringsrammer, der blant annet økt investeringsramme til Nye Helgelandssykehuset er forskjøvet frem i tid. Dette igjen har medført et stort etterslep i vedlikehold og utskiftninger, både på bygg og medisinskteknisk utstyr (MTU).

For at det bygningsmessige etterslepet ikke skal gi kvalitetsmessige konsekvenser, er det viktig å iverksette prioriterte renoverings- og vedlikeholdsprosjekter så raskt som mulig.

I tillegg leier foretaket lokaler eksternt med de konsekvenser det gir.

I Styresak 35-2024 – *Presentasjon om investerings- og vedlikeholdsbudsjett 2024* ligger til grunn for rammene for arbeidet. Helgelandssykehuset har en bygningsmasse på totalt sykehusareal 58.286 m². Bygningsmassen og de driftsrelaterte tjenester er en viktig ressurs og forutsetning for god og fremtidsrettet pasientbehandling. Det er i 2021 gjennomført egnethetsanalyser av alle lokasjoner, og kategori gul (av rød, gul og grønn) fremstår som mest generelt. Denne kategorien er definert som «*må oppgraderes/ ombygges/flyttes/ utvides (krever mer areal)*» for å kunne sammenlignes med et nytt sykehus. Vektet tilstandsgrad 1,51. Psykisk helsevern og rus særlig i Mosjøen trekker ned snittet. Ser man bare på arealer brukt til *opphold, undersøkelse og behandling somatikk* er tilstandsgrad 1,5 (God/Tilfredsstillende).

Analyse av bygningsmassens tilstand er basert på NS 3424, tilstanden graderes fra TG 0 = Svært god til TG 3 Svært dårlig. Det er et betydelig vedlikeholdsetterslep. I årene 2023 – 2024 er det bevilget totalt 78 mill. kroner for helt nødvendig vedlikeholdsarbeid. Arbeidet pågår.

Flere funksjoner skal overføres fra Mosjøen til akuttstusykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen. Det skal ikke bygges nytt nå, og det er åpning for enkelte arealmessige tilpasninger. Behovet for investeringer skal minimeres. Arealer som er ledige eller kan gjøres tilgjengelig relativt enkelt er derfor én av de faktorene som påvirker funksjonsfordelingen.

Sykehusbygg har i prosjekt Nye Helgelandssykehuset og i forbindelse med Helgelandssykehusets styresak 9-2023 vurdert forholdene ved bygningsmassen i Sandnessjøen. Det er pekt på diverse muligheter for å frigjøre mer plass til pasienter, forutsatt at løsningene er midlertidige. Drift og eiendom har sammen med klinikkjefene, og lederne i Sandnessjøen vurdert ulike løsninger for fortetting, omdisponering av rom, flytting mellom etasjer m.m. En omfattende oppdatering av innmeldte behov i september 2024 viser at det er nødvendig med tiltak og man er enige om å avvente endelig vedtak om funksjonsfordeling. Det er også et behov for arealmessige tiltak i Mo i Rana.

Følgende forhold legges til grunn for vurderingen:

- Helgelandssykehuset lokasjon Rana har fått frigjort lokaler på 692 m² etter at Helseparken til Rana kommune har flyttet ut fra plan 5 i østfløya. Her er 19 pasientrom. Leieinntekter fra Rana kommune var 1,65 mill. kr. i 2023.
- I styresak 42-2024 *Renovering av fasader B fløy Mo i Rana*, gir en oversikt over tilstandsgrad. Tilstandsgraden er etter gjennomført arbeid oppgradert. I avsnittet vurdering av behov står det: PHR disponerer i dag lokaler som er lite egnet for rasjonell og effektiv drift. De er spredt over flere steder både i egne og leide lokaler. Særlig Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) har i tillegg vokst ut av sine lokaler og mangler betydelig med areal. I 2018 ble det satt av 3 mill. kr. i investering for utbygging, men tomtestørrelsen tillot ikke dette. I 2021 ble det laget romprogram og forberedt utlysning for utleie som også ble satt på vent. Disse midlene er nå omdisponert tilrettelegging og vedlikehold i fløy B. Å kun skifte fasader vil ikke alene imøtekomme klinikkens totale behov. Det vil være nødvendig med overflateoppussing av rommene og tilpassinger av støttearealene for å bedre tilfredsstille kravene til annen pasientbehandling enn hva lokalene er bygd til. Det er imidlertid vanskelig å gi en detaljert fremdriftsplan for dette, da det vil avhenge av investeringsrammene fremover og avgjørelser på endelig omfang av tilpassinger og ombygginger.
- Helgelandssykehuset lokalisasjon Sandnessjøen får frigjort lokaler på 797 m² når tannhelsetjenesten flytter ut. Fylkeskommunen har en kontrakt ut 2025. Disse lokalene vil kunne egne seg som poliklinikk uten særlig tilpasninger, men kan også tilpasses sengeavdeling, noe som vil kreve større investeringer. Leieinntekter fra fylkeskommunen er årlig 2,1 mill. kr.

6. Fagområder

6.1 Somatikk

6.1.1 Fagområdene under medisinsk klinikk

Medisinsk klinikk har, i tillegg til radiologi og laboratoriemedisin, ansvaret for tilbud innen generell indremedisin, revmatologi, nevrologi, pediatri samt fysikalsk medisin og spesialisert rehabilitering (FMR).

Befolkningen i opptaksområdene innen generell indremedisin er i dag for Mo i Rana 34 148, Sandnessjøen 26 245 og Mosjøen 16 236 (SSB Q2 2024). Befolkningen i Bindal kommune får sine tilbud dekket av Helse Nord-Trøndelag HF. Deler av befolkningen Rødøy kommuner benytter Nordlandssykehuset HF for elektive tjenester. Det antas at dette i hovedsak skyldes kommunikasjonsmessige forhold.

Noen spesialiteter i medisinsk klinikk er funksjonsfordelt mellom sykehusenhetene på Helgeland. Det gjelder også enkelte subspecialiteter innen det indremedisinske fagområdet.

Mo i Rana

- Ortogeriatrici
- Revmatologi

Sandnessjøen

- Fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR)
- Pediatri

Mosjøen

- Nevrologi og nevrofysiologi

Selv om disse Helgelandsfunksjonene har sin base ved ett tjenestested, er det mange eksempler på at tilbud likevel gis på flere steder. Det kan være i form av desentralisert poliklinikk eller at oppgaver delegeres til andre yrkesgrupper. Tilbudene omtales kort her, mens FMR omtales i kap. 7.1.5. Laboratoriemedisin og radiologi omtales i kap. 6.3.

Generell indremedisin

Tre akuttstusykehus har i dag akutt- og døgnfunksjon i generell indremedisin, og det er en utstrakt poliklinisk virksomhet. Indremedisinsk poliklinikk tilbys også i DMS Sør-Helgeland. Alle tjenestestedene har et stort volum av pasienter med lunge- og hjertelidelser. Enkelte funksjoner tilbys bare ett sted. Innleggelse av pacemaker gjøres eksempelvis bare i Sandnessjøen. I Mosjøen er det gjennom et pågående prosjekt utviklet en avansert digital hjemmeoppfølging av lungesviktpasienter som benytter CPAP og høy-flow oksygenbehandling.

Det er definert klare akuttløyper ved tidskritiske indremedisinske tilstander. Et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt "Trygg akuttmedisin" har definert tre algoritmer (brystsmerter, hjerneslag og sepsis), og disse prosedyrene er omforent mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det gjennomføres opplæring og praktisk trening ute i kommunene.

Dagens medisinske sengeavdelinger har følgende sengetall: Mo i Rana 26, Sandnessjøen 20 og Mosjøen 13. Beleggsprosenten på sengepostene har i perioden januar 2021 – oktober 2024 vært 86,5 % i gjennomsnitt på helseforetaksnivå. I Mosjøen var beleggsprosenten 76,7 % i gjennomsnitt. I 2023 hadde de tre sengeavdelingene 5 325 døgnopphold og 20 041 liggedøgn. 8 704 fikk dagbehandling og 28 367 poliklinisk konsultasjon.

Indremedisinske pasienter er også innlagt i intensivavdelingene. Akuttmottak, anestesilogi og intensivmedisin er omtalt i kap. 6.1.3.

Nyremedisin og dialyse:

Ifølge Norsk nyreregister er det en årlig økning av pasienter med behov for nyreerstattende

behandling (dialyse eller nyretransplantasjon), men framskrivningsmodellen for dialyse er beheftet med usikkerhet. I 2023 utførte Helgelandssykehuset følgende hemodialysebehandlinger:

- Mo i Rana 1284
- Sandnessjøen 1157
- Mosjøen 844
- Brønnøysund 636

Innen nyremedisin er det etablert et samarbeid med Nordlandssykehuset om alle dialyseenheter i Helgelandssykehuset. Nyrelege fra Bodø har dialysegjennomgang to ganger pr. måned. Helgelandssykehuset har for tiden én nyrelege ansatt i deltidstilling i Sandnessjøen.

Ortogeratri:

Funksjonen er lagt til Mo i Rana, der det er et nært samarbeid med ortopedisk avdeling. Ortogeratri er et organisert tverrfaglig samarbeid rundt eldre og skrøpelige pasienter med lavenergibrudd. Dette gjelder særlig pasienter med hoftebrudd, der tidlig mobilisering og annen oppfølging er avgjørende for utfallet.

Revmatologi:

Revmatologene samarbeider nært med ortopedisk avdeling, men har i utstrakt grad også samarbeid med andre fagmiljøer.

Pediatri:

Helgelandssykehuset har ikke egen barneavdeling, og syke barn mottas ved alle de tre akuttsykehusene. Barnelegene i Sandnessjøen ambulerer imidlertid til alle øvrige tjenestesteder. Det er etablert et samarbeid med barneavdelingen i Nordlandssykehuset. Grunnet god forebyggende behandling øker ikke behovet for sykehusbehandling av barn, men behovet for polikliniske konsultasjoner og samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrisk miljø er økende.

Nevrologi og nevrofysiologi:

Dette er en poliklinisk funksjon i Mosjøen, men det disponeres én seng i medisinsk sengepost ved behov for søvnutredning og døgnbehandling av visse nevrologiske sykdommer. I samarbeid med indremedisinere utredes pasienter for obstruktiv søvnapné syndrom, i stor grad i form av digitale konsultasjoner.

Utviklingstrender

En aldrende befolkning øker behovet for generelle indremedisinske tjenester.

Framskrivningsmodellen benyttet i FSU tilsier en økning av liggedøgn på 50 % fra nivået i 2018 til 2035. Samtidig vil den faglige og teknologiske utviklingen kunne påvirke denne utviklingen.

Polikliniske konsultasjoner vil i økende grad kunne ivaretas digitalt. Dette vil redusere reisebelastningen for mange pasienter.

Faglige samarbeidsrelasjoner i Mosjøen

Når indremedisinske akuttfunksjoner, medisinsk sengepost og intensiv flyttes fra Mosjøen, er det nødvendig å vurdere konsekvensene for øvrige fagområder som potensielt skal forbli i Mosjøen. I tilbakemeldingene fra medisinsk miljø i Mosjøen er det en særlig oppmerksomhet knyttet til samarbeidsrelasjonene mellom indremedisin og nevrologi/nevrofysiologi. Det er også et nært samarbeid mellom de nevrologiske og nevropsykologiske miljøene i Mosjøen. Nevrologene har tilsyn

med pasienter med akutte og kroniske nevrologiske tilstander på dagtid. Dette er pasienter som er innlagt på sengeavdelinger og intensivavdelinger også i Mo i Rana og Sandnessjøen, og denne funksjonen forutsettes videreført. Som omtalt over, benyttes også medisinsk sengepost til visse nevrologiske utredninger og behandlinger. Det meldes også behov for at laboratoriefunksjoner, CT og MR beholdes i Mosjøen for at nevrologisk poliklinikk kan videreføres som i dag. Også dialysepasientene og pasienter som mottar cellegift og andre infusjoner benytter laboratoriefunksjonene.

6.1.2 Fagområdene under kirurgisk klinikk

Kirurgisk klinikk har ansvaret for tilbud innen generell kirurgi, ortopedi, føde, gynekologi, urologi, plastikk-kirurgi, anesthesiologi, ØNH, øye og hud. Akuttmottak og intensiv tilhører også kirurgisk klinikk, men er fellesfunksjoner. Sammen med anesthesiologi beskrives disse funksjonene i kap. 6.1.3.

Befolkningen i opptaksområdene innen føde, gynekologi og generell kirurgi er for Mo i Rana 34 148 og Sandnessjøen 42 481 (SSB Q2 2024). Befolkningen i Bindal kommune får sine tilbud dekket av Helse Nord-Trøndelag HF. Deler av befolkningen Rødøy kommuner benytter Nordlandssykehuset HF for elektive tjenester. Det antas at dette i hovedsak skyldes kommunikasjonsmessige forhold.

Følgende fagområder er funksjonsfordelt til ett sted (Helgelandsfunksjoner)

- ortopedi (Mo i Rana)
- urologi, plastikk-kirurgi, øye og hud (Mosjøen)
- øre-nese-hals (ØNH) (Sandnessjøen)

Selv om Helgelandsfunksjonene har sin base ved ett tjenestested, er det mange eksempler på at tilbud likevel gis på flere steder. Det kan være i form av desentralisert poliklinikk eller at oppgaver delegeres til andre yrkesgrupper. Tilbudene omtales kort her.

Fødselsomsorg:

Det er fødeavdeling med beredskap for keisersnitt i Mo i Rana og Sandnessjøen. I Brønnøysund er det en jordmorstyrt fødestue. Antall fødsler i 2023: Mo i Rana 265, Sandnessjøen 302, Brønnøysund 25.

Fødestedene har de siste årene, med unntak av ett år under pandemien, hatt alternerende sommerstengning 4 + 4 uker. Det er svangerskapspoliklinikk i Mo i Rana, Sandnessjøen, Mosjøen og Brønnøysund. Fødetilbudet skal ikke endres i fire-års perioden til nåværende helse- og samhandlingsplan, gitt forsvarlig tilbud. Fødetilbudet er derfor ikke behandlet videre i saken.

Gynekologi:

Det er akutt- og døgnfunksjon samt dagkirurgi og poliklinikk i Mo i Rana og Sandnessjøen. Det er også gynekologisk poliklinikk i Brønnøysund og Mosjøen. Antall kvinne- og fødesengene er 10 i Mo i Rana, 11 i Sandnessjøen og 3 i Brønnøysund. I 2023 ble det i Mo i Rana utført 238 gynekologiske inngrep (dag og døgn), i Sandnessjøen 390.

Generell kirurgi:

Akuttsykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen har akutt- og døgnfunksjon samt dagkirurgi og poliklinikk. Selv om gastroenterologisk kirurgi er en egen spesialitet, inngår fagområdet i omtalen her. Tarmkreftkirurgi ble funksjonsfordelt til Mo i Rana i henhold til styrevedtak i Helse Nord 15.6.2022 (sak 86-2022). Samme år kom det en anbefaling fra Norsk forening for kolorektal kirurgi om at også inflammatoriske tarmsykdommer bør sentraliseres til samme sykehus som opererer tarmkreft. Anbefalingen ble senere bekreftet i det regionale fagsjefmøtet i Helse Nord. I Mosjøen

utføres elektiv døgnekirurgi knyttet til en 5-dagers post. For øvrig er det generell kirurgisk dagkirurgi og poliklinikk i Mosjøen.

Dagens kirurgiske sengeposter har følgende sengetall (inkludert ortopediske senger): Mo i Rana 22, Sandnessjøen 17 og Mosjøen 6 i 5-dagers posten. Beleggsprosenten på sengepostene har i perioden januar 2021 – oktober 2024 i gjennomsnitt vært 86,9 % i Mo i Rana, 78,9 % i Sandnessjøen

I 2023 ble det i Mo i Rana utført 646 generell kirurgiske inngrep (dag og døgn), i Sandnessjøen 658 og i Mosjøen 516. I Sandnessjøen ble det i tillegg operert inn 70 pacemakere. Colon/gastroskoper utført på operasjonsstuene er ikke inkludert i disse tallene.

Kirurgiske pasienter er også innlagt i intensivavdelingene.

Ortopedi:

Fagområdet er funksjonsfordelt til Mo i Rana, der det er akutt- og døgnfunksjon samt dagkirurgi og poliklinikk. Det utføres ortopedisk dagkirurgi i Mosjøen én dag i uken, og det planlegges økning til to dager. Det er ortopedisk poliklinikk også i Mosjøen, Sandnessjøen (jobbglidning fysioterapi) og Brønnøysund (ambulering og jobbglidning til sykepleiere og ergoterapeut, samt Hololens-konsultasjoner). I 2023 ble det i Mo i Rana utført 1202 ortopediske inngrep (dag og døgn), og i Mosjøen 179. Det er et nært samarbeid med ortogeriatrisk fagområde i Mo i Rana.

Den ortopediske virksomheten er betydelig i Helse Nord-sammenheng og økende. Antall opererte hoftebrudd ligger nest høyest etter NLSH Bodø. Det er likevel ventelister både innen dag- og døgnekirurgi. Pr. 30 september 2024 var det 735 pasienter på venteliste (venter på utredning eller behandling etter at henvisning er sendt) med en gjennomsnittlig ventetid på 99 dager. Over 50 % av pasientene fra Helgeland velger andre sykehus for ortopedisk kirurgi. Oversikt fra Norsk pasientregister viser at i 2022 og 2023 ble henholdsvis 449 og 371 ortopediske operasjoner utført ved andre sykehus, de fleste utenfor Helse Nord og ved private sykehus. Den største andelen av slike operasjoner er innsetting av protese i hofteledd og kne. Denne situasjonen krever en oppgradering av den ortopediske kapasiteten i Helgelandssykehuset.

Urologi:

Fagområdet er funksjonsfordelt til Mosjøen med en betydelig aktivitet. I 2023 ble det utført 425 dag- og 236 døgnbaserte operasjoner. Det var 4439 polikliniske konsultasjoner i Mosjøen. Det var i tillegg 381 polikliniske konsultasjoner hos uroterapeut i Mo i Rana.

Plastikk-kirurgi:

Plastikk-kirurgi utføres av spesialist i en deltidsstilling i Mosjøen. Virksomheten er basert på dagkirurgi. I 2023 ble det utført 342 dagoperasjoner. 37 pasienter er registrert som døgnpasienter. Disse har behov for poliklinisk kontroll dagen etter operasjon og kan ifølge fagmiljøet eventuelt overnatte utenfor sykehuset, for eksempel på hotell. Det var 523 polikliniske konsultasjoner i 2023.

Øye:

Øyeoperasjoner i Mosjøen foregår på egen stue på øye poliklinikk med egne ressurser. Det var i 2023 4089 polikliniske konsultasjoner. Aktiviteten har økt etter et etablert samarbeid med Nordlandssykehuset, og det planlegges oppstart av kataraktoperasjoner i 2025. Ved siden av Helgelandssykehusets egen virksomhet i Mosjøen, har Helse Nord tildelt tre avtalespesialisthjempler i øyefaget. Disse er lokalisert i Mo i Rana, Mosjøen og nær Brønnøysund. Tilbudet er således godt fordelt på Helgeland, men befolkningen på Helgeland bruker mindre øyelegetjenester enn i resten av landet.

Hud:

Hudpoliklinikken i Mosjøen utreder og behandler mange ulike dermatologiske tilstander. Det trekkes fram et godt samarbeid med plastikk-kirurgene rundt hudkreftproblematikk. Hudlegene har også ansvar for virksomhet i Sandnessjøen og Brønnøysund, der det tilbys lysbehandling.

Øre-nese-hals (ØNH):

ØNH er i dag lokalisert til Sandnessjøen og er poliklinisk organisert. Tjenesten er dagbasert. Pasienter med døgnbehandlingsbehov eller pasienter til operasjon med lang reisevei innlegges i døgnavdeling etter inngrep. ØNH-leger fører tilsyn med disse overliggerne ved behov. Det er også poliklinisk tilbud i Mo i Rana. Det er i tillegg audiograftilbud i Mo i Rana, Sandnessjøen, Mosjøen og Brønnøysund. I 2023 ble det utført 313 dag- og 49 ØNH døgnoperasjoner i Sandnessjøen. Helgelandssykehuset har også lang venteliste innen ØNH. Pr. 30 september 2024 var det 1035 pasienter på venteliste med en gjennomsnittlig ventetid på 100 dager.

Utviklingstrender

Det vises i FSU til faglige utviklingstrekk i somatisk sektor og at det kan komme til dels radikale endringer i behandlingsformer de neste 10 årene. Det skyldes teknologiutviklingen og utvikling av nye kirurgiske metoder. Konsekvensen er ofte at liggetiden etter kirurgi går ned, og dagbaserte tjenester øker. Det påpekes at robotassistert laparoskopisk kirurgi i årene framover vil overta for dagens mini-invasive kirurgi. Det er de siste årene i regi av Beslutningsforum gjort flere ekspertgjennomganger av kirurgiske metoder som ikke anbefales videreført. Det forventes at flere metoder gjennomgår slike vurderinger og vil gi endringer i aktivitet. Beregninger er gjort i nasjonal framskrivningsmodell. Økende antall eldre er en sentral faktor for utvikling.

I framskrivningsmodellen fram mot 2035 beskrives det i FSU et relativt stabilt antall fødsler på Helgeland. For fagområdet gynekologi beskrives en svak nedgang i døgnopphold og liggedager og en økning i andelen dagkirurgi og poliklinikk. Innen generell kirurgi og ortopedi beskrives en økning i liggedøgn og døgnopphold og en enda kraftigere økning i dagkirurgi (16 – 17 %) og poliklinikk (25 – 35 %). Innen urologi beskrives en økning i antall døgnopphold, men ikke antall liggedøgn. Urologisk dagkirurgi og poliklinikk forventes å øke kraftig (41 – 44 %). Plastikk-kirurgisk virksomhet forventes å øke innen dagkirurgi og poliklinikk (28 – 32 %). Behovet for dagkirurgi og poliklinikk innen øyefaget forventes også å øke (henholdsvis 39 og 53 %). Døgnbehandling innen ØNH forventes å falle kraftig (30 %), mens poliklinikk forventes å øke (43 %). Alle framskrivningstall gjengitt her fra FSU er basert på utvikling fra 2018 til 2035 og må derfor bare anses som veiledende utvikling.

6.1.3 Akuttmottak, anesthesiologi og intensivmedisin

En overføring av akutt- og døgnfunksjoner fra Mosjøen til akuttisykehusene har direkte konsekvenser for akuttmottak, anesthesiologi og intensivavdelingene. Dette er kritiske funksjoner for å ivareta akuttberedskap innen både de kirurgiske og medisinske fagområdene.

Akuttmottak

Det er akuttmottak ved akuttisykehusene Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen. For tiden er de organisert under kirurgisk klinikk, men det er under vurdering om de skal overføres til medisinsk klinikk. Spesialiteten akutt- og mottaksmedisin har felles læringsmål i del 2 med indremedisin, og de fleste pasientene som innlegges eller blir poliklinisk behandlet i akuttmottak er indremedisinske pasienter. Imidlertid har det over tid vært et nært samarbeid mellom akuttmottak og fagområdene anesthesiologi og intensivmedisin, som ligger i kirurgisk klinikk.

I Mo i Rana er akuttmottak lokalisert i 1. etasje i tilknytning til ambulanseinngangen. I Sandnessjøen er akuttmottak lokalisert i 4. etasje i nær tilknytning til intensivavdelingen og føden. I Mosjøen deler akuttmottak lokaler med intensivavdelingen i 2. etasje.

Helgeland overgrepsmottak:

Akuttmottaket i Mo i Rana drifter Helgeland overgrepsmottak. Dette er en døgnbasert helgelandsfunksjon, som gynekologisk avdeling i Mo i Rana har ansvaret for. Det tilbys undersøkelse og veiledning etter seksuelle overgrep.

Arbeidet i akuttmottak:

Akuttmottakene mottar øyeblikkelig hjelp-pasienter av alle kategorier. På dagtid mottar også poliklinikkene øyeblikkelig hjelp. Fødende møter direkte i fødeavdelingen. Det er organisert egne team som kalles inn ved mottak av hjertestans, traumer og kritisk syke barn. De har en egen "akuttstue", der teamene skaffer seg en oversikt over tilstanden og iverksetter de første stabiliserende tiltakene. Alle pasienter innlegges i en "moderavdeling", og det er vakthavende lege i denne avdelingen som har medisinsk faglig ansvar for behandlingen. Ved behov for stabilisering av vitale kroppsfunksjoner har anestesipersonellet en viktig rolle.

Innleggelse av elektive pasienter kan i framtiden i større grad møte direkte i sengeavdeling for å avlaste akuttmottakene. Legeundersøkelsen vil da finne sted der.

Framtidens akuttmottak vil i større grad ha oppmerksom rundt hvilke pasienter som trenger sykehusinnleggelse og hvilke som etter en nærmere vurdering kan sendes hjem, eventuelt følges opp av kommunehelsetjenesten. Våre akuttmottak har observasjonssenger som dekker denne funksjonen, men det er ikke organisert egne observasjonsposter.

Aktivitet i akuttmottakene 2023:

	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen
Antall innleggelser*	3445	3751	1633
Antall poliklinikk	4304	1795	808
Andel polikliniske pasienter med opphold < 4 timer	79 %	66 %	66 %

*Det er noe ulik praksis om elektive pasienter tas imot i akuttmottaket eller i sengepost

Anestesiologi og intensivmedisin

Leger og sykepleiere:

Faget anestesiologi bygger på fire fagområder:

- Anestesi (narkose, bedøvelse)
- Intensivmedisin
- Akuttmedisin
- Avansert smertebehandling

I Helgelandssykehuset arbeider anestesilegene i dag ved akutt sykehusene Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen, der hovedarbeidsstedene er operasjonsavdelingene og intensivavdelingene.

Anestesilegene har også en viktig rolle ved mottak av dårlige pasienter i akuttmottak. I tillegg bemanner anestesileger ambulanshelikopteret i Brønnøysund.

I motsetning til legene, har sykepleierne to ulike videreutdanninger, anestesi- og intensivsykepleie. I tillegg til å arbeide i sykehus, bemanner de ambulanseflyet i Brønnøysund.

Intensivmedisin:

Intensivvirksomhet er definert som den systematiske organisering av diagnose, behandling, pleie og omsorg av pasienter med akutte livstruende sykdommer kjennetegnet av potensielt reversibel svikt i vitale organsystemer som skjer i intensivenehetene på landets sykehus. Formålet med intensivvirksomheten er å sikre restituering av organfunksjonene på en slik måte at livet videre blir leveverdig sett fra pasientens synsvinkel (Retningslinjer for intensivvirksomhet. Norsk anesthesiologisk forening og Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere 2014).

På nasjonalt nivå er antall intensivopphold økende. I 2023 var økningen 5,2 % sammenlignet med året før. Antall intensivdøgn ble imidlertid redusert 3,1 %, noe som antas å henge sammen med over en halvering av antall pasienter med Covid-19. Median liggetid på intensivavdeling var i 2023 knapt to døgn. Halvparten av pasientene var over 68 år.

Intensivavdeling:

En interregional arbeidsgruppe la i mai 2022 fram en rapport med definisjon av begreper benyttet i intensivavdelingene. Det ble definert fire kategorier senger, hvorav kategori 2 og 3 definerer den samlede intensiv- og overvåkningskapasiteten i sykehuset. De fire sengekapasitetene er:

Kategori 0: Seng på post

Kategori 1 (forsterket observasjonsseng): Sengeplass som skal ha ressurser i form av utstyr, kompetanse og bemanning for organstøttende behandling av ett organ.

Kategori 2 (overvåkningsseng): Sengeplass som skal ha ressurser i form av utstyr, kompetanse og bemanning for organstøttende behandling av to organer. Sengeplassen skal være tilgjengelig som akutt hjelp hele døgnet hele året, uavhengig av helg og høytid (24/7/365).

Kategori 3 (intensivsenng): Sengeplass som skal ha ressurser i form av utstyr, kompetanse og bemanning for organstøttende behandling. Sengeplassen skal ha ressurser til fullverdig intensivmedisinsk behandling inkludert sedasjon, invasiv mekanisk ventilasjon og annen nødvendig organstøttende behandling. Sengeplassen skal være tilgjengelig som akutt hjelp hele døgnet hele året, uavhengig av helg og høytid (24/7/365).

Det ble også beskrevet hvordan intensivkapasitet beregnes ved normal drift, ved økt kapasitet og ved beredskapskapasitet. Det ble påpekt at det er liten reservekapasitet i norske intensivavdelinger og at det bør utarbeides planer for økning av kapasitet. Det vises til erfaringer fra den nylig gjennomgåtte pandemien. Gruppen anbefalte at en større del av personellet ved sykehuset gis økt kompetanse, slik at flere kan bidra inn i intensivavdelingene ved behov. En rekke konkrete tiltak ble foreslått.

Intensivavdelingene i Helgelandssykehuset er kategori 2A-avdelinger. Det betyr at under 50 % av sengene er kategori 3-senger. I Mosjøen er intensivavdelingen samlokalisert med akutt mottak.

Dagens intensivkapasitet ved normal drift er:

Sengekategori	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen
3	1	1	1
2	2	1	1
1	2	1	2

Antall intensivopphold i årene og gjennomsnittlig antall liggedøgn for intensivpasienter i henhold til Norsk intensivregisters definisjon (tall fra Helgelandssykehusets virksomhetsportal)

	2022	2023
Mo i Rana		
- Antall opphold	206	187
- Snitt liggedøgn	8,8	10,4
Sandnessjøen		
- Antall opphold	165	150
- Snitt liggedøgn	9,9	7,5
Mosjøen		
- Antall opphold	78	90
- Snitt liggedøgn	7,8	8,3

Antall pasienter behandlet på respirator i 2023 (tall fra Helgelandssykehusets virksomhetsportal)

Antall	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen
Invasiv (intubert)	35	27	9
Noninvasiv (maske)	61	31	11

6.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Innledning

Omkring 200 pasienter fra Helgelandssykehuset sitt nedslagsfelt får årlig akuttpsykiatrisk behandling ved Nordlandssykehuset. Reisebelastningen det utgjør for pasientgruppen er stor. Uavhengig hvor på Helgeland akuttenhet etableres, vil reisetiden for pasientene bli betydelig redusert. Lang reisetid forsinker oppstart av behandling og oppleves i tillegg som en ekstrabelastning for pasientene. I tillegg brukes det ressurser innen prehospitale tjenester for å transportere pasientene, og ofte med følge av politi. I tillegg til at dette er ressurskrevende både med henhold til økonomi og belastning av personell, går det utover beredskap både innen ambulansetjenesten og politi.

15.12.2021 ble det utarbeidet mandat med oppdrag om å utrede muligheten for etablering av akuttenhet. 30. Juni 2022 leverte prosjektgruppen sin [rapport](#). Prosjektgruppen kommer ikke med noen klar anbefaling, men redegjør godt for hva som må til og hvilke risikoer som foreligger for en etablering.

Rapporten har vært til høring i klinikk psykisk helsevern og rus. Det ble levert inn elleve hørings svar. Svarene er fra fagforeninger, enkeltpersoner og grupper av ansatte. Noen av hørings svarene er negative til en slik etablering og viser hovedsakelig til bekymringer for rekrutteringsproblematikk og økonomiske utfordringer.

Hovedvekten av tilbakemeldingene er positive, og meningene som går igjen er at det er både ønskelig og mulig å etablere tilbudet. Det vises til fordeler for pasientgruppen kommunehelsetjenesten og Helgelandssykehuset. En etablering av akuttenhet vil tilby mer helhetlige tjenester til befolkningen, og ta et større selvstendig ansvar for pasientene i nedslagsfeltet. I tillegg vil egen akuttenhet forkorte den tiden våre LIS må ut av eget foretak for å få sin nødvendige tjeneste, noe som sannsynligvis vil øke rekrutteringsevnen.

Ledergruppen i Psykisk helse og rusklinikken behandlet rapporten 9. oktober 2024 og konkluderte med at de anbefalte administrerende direktør å arbeide videre med saken.

Sykehusledelsen besluttet følgende 15. oktober 2024, når de behandlet rapporten:

Sykehusledelsen tar sak om utredning av døgnpost godkjent for innleggelse etter Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LPHV) §§ 3.2 og 3.3 til orientering.

Rapporten legges videre til grunn i arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling oppdraget gitt i foretaksmøte 30. august 2024.

Faglig strategisk utviklingsplan FSU og framskrivning

Utviklingsplanen beskriver dagens tilbud i 2021. Tilbudet i klinikken er i 2024 det samme. For voksne er det døgntilbud i Mosjøen og Mo i Rana. Mo i Rana tar imot pasienter akutt deler av døgnet og uken, mens Mosjøen er et elektivt tilbud. Ingen av sykehusets lokasjoner kan ta imot pasienter på tvangsparagraf. I tillegg er det poliklinikker innenfor fagområdene psykisk helsevern og TSB på våre fire lokasjoner. Tilbudet til barn og unge består av en elektiv døgnenhet i Mosjøen samt poliklinikker på alle våre lokasjoner.

Planen opererer med framskrivning for perioden 2018-2035. I 2022 kom det en ny framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB.

Denne tok opp i seg blant annet følger av koronapandemien. Modellen viser til at flere studier om barn og unges psykiske helse, som følge av pandemiltakene, har funnet økte symptomer på psykisk lidelse og redusert livskvalitet. Spesielt gjelder det økte symptomer på depresjon. Selv om pandemien er over, ser man fortsatt et statistisk utslag, muligens som følge av en usikker økonomisk utvikling og krig i Europa.

For Helgeland sin del viser framskrivningsmodellen for poliklinikk at det blir en liten nedgang i behov i psykisk helsevern for barn- og unge, en oppgang på åtte prosent for psykisk helsevern for voksne og en oppgang på 34 prosent for TSB, frem til 2040. Når vi i tillegg vet at befolkningen i Nord-Norge har et poliklinisk TSB-tilbud som er 38 prosent lavere enn landet for øvrig, blir det reelle behovet for TSB poliklinikk frem til 2040 betydelig.

6.3 Diagnostiske tjenester

Diagnostiske funksjoner utgjør en kjernekomponent i spesialisthelsetjenestens helhetlige behandlingstilbud, og de dekker alt fra radiologiske og bildediagnostiske undersøkelser til laboratorieanalyser og genetiske tester. Gjennom avansert teknologi, medisinsk teknisk utstyr og kvalifisert personell, muliggjør disse funksjonene presise vurderinger som danner grunnlaget for effektive behandlingsplaner. Diagnostiske funksjoner er særlig viktig med tanke på rask og nøyaktig diagnose, behandlingsplanlegging, overvåkning og behandlingseffektivitet, som beslutningsstøtte og med tanke på forebygging og screening. De diagnostiske fagene understøtter klinisk virksomhet.

I Helse Nord sitt arbeid og utredning innenfor funksjons- og oppgavedeling i 2023 utredet arbeidsgruppe 4 diagnostiske funksjoner. Helse Nord RHF's regionale utviklingsplan 2023-2038, lå til grunn for arbeidet, og peker på at vi er i en situasjon med ny diagnostikk, nye og oftest dyre behandlingsformer, der det forventes en større treffsikkerhet i forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter.

Utviklingen går også i retning av mer hjemmebehandling og -oppfølging. Dette øker behovet for å kunne tilby både pasientnær analysering (PNA), hjemmebehandling og behandling i samarbeid med kommunehelsetjenesten, f.eks. blodtransfusjoner.

Laboratoriemedisin og Blodbank

Laboratoriemedisin omhandler analyser av blodprøver for å diagnostisere sykdommer og overvåke behandlingseffekter. Blodbanken spiller en kritisk rolle i å sikre tilgjengelighet av blodprodukter til pasienter som trenger transfusjoner, og den jobber tett med kliniske avdelinger for å håndtere blodbehovet effektivt.

Dagens virksomhet:

I dag er det laboratoriemedisinsk tilbud og blodbank ved alle tre sykehus. Laboratoriene analyserer prøver fra både egne avdelinger og fra primærhelsetjenesten, i tillegg til videresending av analyser til andre laboratorier, primært Nordlandssykehuset og UNN. DMS Sør-Helgeland benytter seg delvis av laboratorievirksomhet fra Brønnøy kommune, i tillegg til forsending av prøver til sykehuset i Sandnessjøen. Faglig strategisk utviklingsplan viser til at antall analyser som skal utføres som øyeblikkelig hjelp øker. Behovet for laboratorietjenester generelt er særlig økende innen akuttmedisin og spesialiserte analyser. Dette utfordrer både kapasitet og logistikk.

Ved behov for massiv transfusjon i akutte situasjoner, importeres trombocyttenheter i hovedsak fra Nordlandssykehuset HF Bodø og UNN HF Tromsø. Forsendelser via fly- eller annen transport utfordrer stabilitet og trygghet i tilgang. Av hensyn til pasientsikkerhet er det derfor hensiktsmessig med egen produksjon av trombocytter/blodplater i Helgelandssykehuset. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som utreder forutsetninger for dette.

De ulike lokasjonene våre har tilnærmet lik utstyrspark, men med ulike investeringsdatoer og -behov. Framtidens investeringer i analysemaskiner må fokusere på morgendagens teknologi og må satse på automasjon, god arbeidsflyt, brukervennlighet, enkelt vedlikehold og elektronisk kompatibelt med morgendagens datasystemer. Investeringene må være samordnet, og samarbeidet med primærhelsetjenesten må styrkes og formaliseres, også når det gjelder investeringer i pasientnære analysemaskiner.

Bilediagnostikk

Dagens virksomhet:

Bilediagnostikk ved Helgelandssykehuset inkluderer røntgen, CT, MR og ultralyd. Tjenestene leveres i dag fra lokalisasjonene Mo i Rana, Sandnessjøen, Mosjøen og DMS Sør-Helgeland. Alle sykehus har tilgang på generell røntgen, gjennomlysning, ultralyd, CT og MR, i tillegg til en mammografilab med tomosyntese i Sandnessjøen. Det er etablert slagalarm ved DMS Sør-Helgeland i Brønnøysund, der CT-apparatet fjernstyres av radiograf i Sandnessjøen. Sykehuset i Mosjøen har helgelandsfunksjon for MR-prostata, som inngår i pakkeforløpet av prostatakreft. I tillegg er det innført en teknikk med mikroultralydundersøkelse for målrettet biopsi. Radiologisk avdeling samarbeider med andre avdelinger for å sikre effektive og helhetlige pasientforløp.

Framskrivningstall tyder på økende behov, særlig for CT og MR. Det kan være et overforbruk av disse tjenestene. Ultralyd har en flat utvikling, mens generell røntgen øker lite eller minimalt. Bilediagnostikk skal støtte opp under funksjoner og aktiviteter ved lokalisasjonene, og gi et samlet

tilbud med god kvalitet til innbyggerne på hele Helgeland. Det er et veletablert og godt samarbeid innad i Helgelandssykehuset, samt med Nordlandssykehuset, bl.a. vaksamarbeid, og med primærhelsetjenesten.

Teknologisk- og medisinskfaglig utvikling går raskt, og driften må planlegges for fleksibilitet, effektivitet og fremtidsrettede løsninger. Maskinparken er arealkrevende, og krav til strålevern og MR-sikkerhet gjør arealplanleggingen krevende. Utviklingen går også mot mer avansert billediagnostisk utstyr inne i operasjonsstuene (angiografi, CT og MR). Nye CT-maskiner i Helgelandssykehuset muliggjør implementering av CT-koronarangiografi, som er en ønsket utvikling i Helse Nord. Helgelandssykehuset har et pågående implementeringsprosjekt.

Fagpersonell med rett kompetanse må knyttes til de lokalisasjoner maskinparken er plassert. Det er mangel på radiologer i Helgelandssykehuset, noe som også er en utfordring nasjonalt. Det er en økning av behov for spesialkompetanse, som radiologer og radiografer, fordi kompleksiteten i undersøkelser og mengden av disse, øker.

Videreutvikling av de diagnostiske tjenestene

- Laboratorietilbud og radiologi beholdes uendret ved lokalisasjonene Mo i Rana og Sandnessjøen
- Etablering av tappestasjon for blodgivere ved DMS Sør-Helgeland
- Opprettholde tappetilbud og produksjonstilbud ved blodbanken i Mosjøen på dagtid, tilpasset endret behov.
- Opprettholde laboratoriefunksjoner i Mosjøen på dagtid, tilpasset endret behov
- Videreføre det radiologiske tilbudet i Mosjøen på dagtid
- Etablere døgnbasert slagalarm i Mosjøen etter mønster fra prosedyren i Brønnøysund. Dette krever nyanskaffelse av CT-maskin, slik at den kan fjernstyres av radiograf i Sandnessjøen.
- Trombocytproduksjon vurderes. Mosjøen vil vurderes som lokalisasjon, på lik linje med alle blodbankene i Helgelandssykehuset.

7. Helhetsvurdering og forslag

7.1 Somatikk

I fordelingen av funksjons- og oppgavefordeling mellom tjenestestedene må flere hensyn veies opp mot hverandre. Vi må være trygge på at vi har tilstrekkelig kompetent bemanning for å sikre god pasientbehandling uten å måtte leie inn helsepersonell i stor skala. Siden Helgelandssykehuset også er en utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering (LIS), må vi også sikre at sykehusene har nok aktivitet og veiledningskapasitet til at disse legene får oppfylt sine læringsmål. Samtidig er det en rammebetingelse at eksisterende arealer må utnyttes best mulig og at behovet for investering i bygg og utstyr skal minimeres.

Helgelandssykehuset har for mange parallelle døgnbaserte vaktlag. Disse skal nå reduseres fra tre til to tjenestesteder. Dette vil medføre en omdisponering av verdifull arbeidskraft fra dårlig utnyttet vakttid til mer effektiv produksjon på dagtid. Helgelandssykehuset ønsker ikke å miste en eneste fagperson. Innretningen av funksjons- og oppgavefordelingen må derfor sørge for å utnytte rekrutteringspotensialet på hele Helgeland, ikke bare i områdene rundt de to akuttsykehusene. Rekrutteringspotensialet i områdene rundt Mosjøen og Brønnøysund må også utnyttes. Samtidig vet vi at pendlerviljen er lav. Derfor må tjenestetilbud og dermed arbeidsplasser også fordeles dit.

I kapittel 3 om personal, utdanning og kompetanse er det referert til arbeidet som pågår for å sikre tilstrekkelig breddekompetanse hos overleger i kirurgiske og medisinske fag.

Faglige relasjoner og avhengigheter – vurderinger i Faglig strategisk utviklingsplan FSU

Arbeidsgruppens vurdering av faglige relasjoner og avhengigheter i FSU i 2021/2022 var basert på strukturvedtaket av januar 2020. Der var funksjonsfordelingen beskrevet i detalj. Det ble da vurdert at alle besluttede og foreslåtte flyttinger var faglig akseptable. Det strukturvedtaket som nå ligger til grunn for saksbehandlingen, er mindre detaljert med hensyn til funksjonsfordeling.

Noen faglige vurderinger i FSU er likevel relevant å referere.

Kirurgi:

På grunn av behovet for å opprettholde kompetanse og grunnlag for vaktgående tjenester i begge akuttsykehusene, ble aktivitet innen generell kirurgi ikke anbefalt forskjøvet til ett av sykehusene.

Den positive erfaringen med skjermet elektivlinje i ortopedi ble anbefalt videreført.

Urologi er et fag med for få spesialister og fagmiljøet ble anbefalt samlet ett sted. Det er ikke grunnlag for selvstendig akuttberedskapsordning med spesialister i urologi, men eksisterende ordning med urologisk akuttberedskap og oppfølging i samarbeid med generell kirurgisk beredskapsordning ble anbefalt videreført.

ØNH var også et fag som ble anbefalt funksjonsfordelt til ett sted. ØNH har et visst behov for døgnseger.

Øye ble anbefalt videreført som dagbasert tjeneste ett sted.

Plastikk-kirurgi ble anbefalt videreført som dagbasert tjeneste uten akuttberedskap. Det ble identifisert gevinster av samarbeid mellom ortopedi og plastikk-kirurgi om lappeplastikk.

Det ble identifisert fordeler med samling av forskjellige fag. Det ble vist til mulig gevinstpotensial i samlokalisering av urologi og gynekologi. Gynekologi er lokalisert i begge sykehusene, og gynefaget kan kanalisere pasienter til sykehuset med urologi, uansett hvor urologi lokaliseres. Det ble også identifisert gevinstpotensial med samlokalisering av øye, ØNH, hud, nevrologi, ortopedi og plastikk-kirurgi.

Indremedisin:

FSU pekte på at endring i spesialisthelsetjenestetilbudet i Mosjøen har størst konsekvens for befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal, som får lengre reisevei til deler av spesialisthelsetjenestetilbudet. Dette er mest sårbart ved akutte problemstillinger, eksempelvis hjerneslag. Reisetid er mindre kritisk/viktig ved elektive tilstander, men det er ønskelig med kortest mulig reisetid for eldre, kronikere og pasienter som har behov for hyppig behandling, f.eks. dialysepasienter. Dette er også i tråd med Nasjonal Helse- og sykehusplan som angir at det skal tilbys likeverdige helsetjenester nær der pasientene bor.

I arbeidet med FSU var det enighet om at man i Mosjøen bør ha et tilbud innen fagområder tillagt indremedisinsk arbeidsgruppe med polikliniske funksjoner innen diverse fagområder som generell indremedisin, nevrologi, pediatri, hud, dialyse/kjemoterapi/infusjonsbehandling, laboratoriefunksjoner (hematologi og klinisk kjemi) med tappestasjon og røntgentjenester. Det ble presisert viktighet av CT i forhold til hjerneslagproblematikk. Deler av poliklinisk virksomhet ble

beskrevet å kunne være sykepleierdrevet, f.eks. innen fagområdene hudsykdommer, hjertesvikt og diabetes. Det måtte legges til rette for støtte av relevant spesialist.

Behov for generell indremedisinsk poliklinikk, nevrologi og laboratorietjenester ble også presisert fra fagmiljøene i Psykisk helsevern og TSB, som har et veletablert tilbud i Mosjøen.

FSU nevner at i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 står det at «*Helseforetakene i sine neste utviklingsplaner setter egne mål for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene*». For indremedisin er det pasienter med kroniske lungesykdommer, diabetes, hudsykdommer og behov for dialyse som er mest aktuelle. Prioriterte pasientgrupper er skrøpelige eldre og pasienter med kroniske sykdommer.

Følgende polikliniske funksjoner innenfor medisinske fagområder ble i FSU foreslått lagt til Mosjøen:

- Dialyse
- Kjemoterapi, infusjonsbehandling
- Medisinsk poliklinikk (hjertesvikt, diabetes, geriatri, m.m.)
- Nevrologisk poliklinikk

Nye rammebetingelser

Oppdraget gitt Helgelandssykehuset er basert på et nytt strukturvedtak med mindre detaljeringsgrad. Vi skal forholde oss til dagens bygningsmasse, mangel på helsepersonell og en stram økonomisk ramme. Behovet for investeringer skal minimaliseres.

Funksjonsfordelingen skal sikre ivaretagelsen av robuste fagmiljøer ved begge akuttisykehusene. Foretaksmøtet i Helse Nord 3.7.2024 ga denne føringen: «*Funksjonsfordelingen mellom de to akuttisykehusene skal skje på en måte som støtter opp under akuttfunksjonene og en bærekraftig og framtidsrettet drift begge steder*». I mandatet for saksbehandlingen, vedtatt av Helgelandssykehusets styre 11.9.2024, heter det at «*Gitt tidligere beslutninger rundt funksjonsfordeling av de kirurgiske funksjonene, der ortopedi og tarmkreftkirurgi er lagt til Mo i Rana, skal det vies særlig oppmerksomhet for å sikre det kirurgiske tilbudet og beredskapen i Sandnessjøen på lang sikt*».

7.1.1 Vurdering funksjons- og oppgavefordeling i kirurgiske fagområder

Siden fødetilbudet ikke skal endres i fire-års perioden til nåværende helse- og samhandlingsplan, gitt forsvarlig tilbud, har ikke fødetilbudet eller gynekologifaget vært gjenstand for vurdering i saksbehandlingen. Det foreslås derfor ikke endringer i disse funksjonene. Det anbefales likevel at kirurgisk klinikk utreder en eventuell intern funksjonsfordeling av gynekologiske inngrep som gjøres sjelden.

Norsk Kirurgisk Forening (NKF) har utredet generellkirurgens rolle i forhold til de øvrige kirurgiske spesialitetene, og en rapport fra arbeidet forelå i mai 2024. Gitt den sentraliseringen vi ser innen gastroenterologisk kirurgi, mener NKF at det utdannes for mange kirurger med denne spesialiteten i forhold til generellkirurger. Lokalsykehusene har størst behov for sistnevnte spesialister i tiden framover. Dette er noe også Helsepersonellkommissjonen har belyst.

I NKF's rapport beskrives krav til generell vaktkompetanse:

- Beherske diagnostikk og behandling, inkludert operativ behandling, av de hyppigst forekommende akuttkirurgiske tilstandene
- Kunne håndtere komplikasjoner til kirurgiske inngrep
- Fungere som bakvakt for LIS i et akuttmottak
- Kunne drifte kirurgiske legeressurser i akuttmottak

- Beherske rollen som traumeteamleder og videre håndtering av traumepasienter.
- Ha ansvar for triage, ressursutnyttelse, pasientflyt i akuttmottaket og videre prioritering av pasienter i en masseskadesituasjon

Tilsvarende krav er presentert for spesialisert vaktkompetanse i mer avgrensede kirurgiske disipliner.

NKF beskriver videre behovet for et «elektivt basisrepertoar»:

«Et repertoar av elektive inngrep, representert ved en obligatorisk operasjonsliste med selvstendig utførte inngrep og inngrep som assistent. Operasjonslisten må ivareta bredden i faget og ha tilstrekkelig omfang for kirurgisk modning. Basisrepertoaret representerer den elektive, operative kompetansen alle spesialister i det aktuelle faget må besitte. Det elektive basisrepertoaret innebærer utredning, preoperative forberedelser, postoperativ oppfølging inklusive håndtering av komplikasjoner». Avslutningsvis foreslås et elektivt og akuttkirurgisk basisrepertoar i generell kirurgi, herunder i traumatologi, brokkirurgi, galleveier og tarmkirurgi.

Norsk Kirurgisk Forening tar altså også til orde for mer kirurgisk breddekompetanse gjennom større satsing på spesialiteten generell kirurgi.

Vurdering og anbefaling

Det er som beskrevet over et stort behov for breddekompetanse i framtidens lokalsykehus.

Det bør derfor legges til rette for et tilstrekkelig antall LIS i generell kirurgi og at de inngår i et robust og bredt kirurgisk fagmiljø. Det må være tilstrekkelig aktivitet på dagtid til at de kan oppfylle sine læringsmål og raskest mulig bli vaktkompetente. Ved funksjonsfordelingen innen kirurgi må dette forholdet vies stor oppmerksomhet ved siden av betraktninger rundt tilgang på personell og arealer.

Antall dag- og døgnoperasjoner innen generell kirurgi (her inkludert gastroenterologisk kirurgi) var ganske lik i Mo i Rana og i Sandnessjøen i 2023 når man holder innleggelse av pacemaker og colon/gastroskopi utført på operasjonsstue utenom. Kirurgi ved tarmkreft og inflammatoriske tarmsykdommer er imidlertid funksjonsfordelt til Mo i Rana. Gastroenterologisk kirurgi anses som selve grunnlaget for å opparbeide akuttkirurgisk kompetanse og treningsnivå, særlig innen traumatologi. De kirurgiske fagmiljøene har tidligere synliggjort dette dilemmaet, men det har vært krevende å enes om hvordan dette kan kompenseres i Sandnessjøen. Enkeltkirurger kan tilegne seg kompetanse ved å delta i bukoperasjoner i Mo i Rana eller andre steder, men traumatologi er teamarbeid. Teamtrening i traumatologi er nærmere beskrevet i kap. 7.1.1.1.

Selv om det er vanskelig å etablere et optimalt elektivt operasjonsrepertoar i Sandnessjøen, vurderes det som viktig å bygge et sterkest mulig kirurgisk miljø med bredde i den kirurgiske virksomheten. Dette gjelder naturligvis begge akuttstusene, men Sandnessjøen må vies særlig oppmerksomhet, siden både ortopedi og de fleste tarmoperasjonene er funksjonsfordelt til Mo i Rana. Bredde og volum i virksomheten vil ikke bare gagne kirurgene, men hele «verdikjeden» i det kirurgiske pasientforløpet (akuttmottak, anestesipersonell, operasjonspersonell, intensiv/recovery og sengepostene). Helsepersonellet får variasjon i de tilstandene de eksponeres for, og dette understøtter utvikling av breddekompetanse. Dette har betydning for hvilke kirurgiske funksjoner som bør overføres fra Mosjøen til Sandnessjøen.

Forslag til fordeling av kirurgiske fag som i dag tilbys i Mosjøen

Mosjøen har dag- og døgnkirurgisk virksomhet innen generell kirurgi, urologi, plastikk-kirurgi og ortopedi. I 2023 ble det gjennomført 1365 dag- og 370 døgnoperasjoner.

- Generell kirurgi. Det er en stor bredde i den generellkirurgiske virksomheten i Mosjøen (516 operasjoner i 2023, hvorav 431 dagkirurgisk). Døgnkirurgi foreslås overført til Sandnessjøen. Fordelingen av den dagkirurgiske virksomheten mellom Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana skal skje i henhold til faglige kriterier, kapasitet og LIS-legenenes behov for å få oppfylt sine læringsmål. Galle- og brokkoperasjoner er viktige læringsmål for LIS i generell kirurgi (KIR 024). LIS er ansatt og har sitt virke i akuttstusykehusene og bør primært kunne oppfylle læringsmålene der. Det foreslås en skadepoliklinikk i Mosjøen på dagtid. Det forutsettes en felles faglig ledelse og koordinering av den kirurgiske virksomheten ved både Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen.
- Urologi. Akuttfunksjonene skal flyttes fra Mosjøen. Akutt urologi er tilstander som skal beherskes av generellkirurger i henhold til læringsmålene (KIR 026). Det er basert på vurderingen over naturlig at denne funksjonen legges til Sandnessjøen, sammen med den urologien som krever innleggelse og døgnopphold. Døgnoperasjonene må utføres av urolog. I 2023 var dette 236 operasjoner. Også den dagkirurgiske urologien bør overføres til Sandnessjøen, slik at all urologisk kirurgi samles der. Tidspunktet for dette bør baseres på en risikovurdering av fagmiljøets oppbygging i Sandnessjøen.
- Plastikk-kirurgi. Det er en spesialisert plastikk-kirurgisk virksomhet i Mosjøen, basert på dagkirurgi (342 operasjoner i 2023). Riktignok er det registrert 37 døgnoperasjoner i tillegg, men det er gitt tilbakemelding om at disse pasientene kan overnatte på hotell og komme til poliklinisk kontroll dagen etter. Det foreslås at denne virksomheten videreføres i Mosjøen.
- Ortopedi. Utvidelsen av protesekirurgien i Mo i Rana har medført behov for å flytte ortopedisk dagkirurgi ut av operasjonsavdelingen der. Ortopedene opererte 167 pasienter dagkirurgisk i Mosjøen i 2023 og vil utvide denne virksomheten. Siden Helgelandssykehuset har venteliste i ortopedi, er det viktig å legge til rette for en slik aktivitetsøkning. Det er beskrevet tiltak som kan gi 600 ortopediske operasjoner pr. år basert på et elektivt dagkirurgisk forløp. Ytterligere avlastning av ortopedisk dagkirurgi i Mo i Rana ved å overføre virksomhet til Mosjøen vil frigjøre operasjonsstuekapasitet og legge til rette for økning av ortopedisk døgnkirurgi i Mo i Rana. Det anbefales å samle ortopedisk kirurgi på denne måten i Mo i Rana og Mosjøen og ikke overføre ortopedisk kirurgi til Sandnessjøen.

Poliklinikk i kirurgiske fag:

Polikliniske tilbud er godt fordelt på Helgeland gjennom tilbud i Mo i Rana, Sandnessjøen, Mosjøen og Brønnøysund. Forutsatt at alle viktige behov er ivaretatt i akuttstusykehusene, foreslås det at tilgjengelig fagpersonell fortsatt tilbyr desentrale polikliniske tjenester i de kirurgiske fagene.

Ortopedi og generell kirurgi:

Ortopedisk og generellkirurgisk poliklinikk foreslås opprettholdt i Mosjøen. Polikliniske konsultasjoner innebærer både utredninger, kontroller og øyeblikkelig-hjelp. Akuttfunksjoner skal flyttes fra Mosjøen, men det skal ikke involvere polikliniske øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner på dagtid. Når det fortsatt er poliklinikk og dagkirurgi innen generell kirurgi og ortopedi, og derfor tilstedeværelse av relevant personell på dagtid, foreslås det at en funksjon som skadepoliklinikk videreføres der. En slik skadepoliklinikk på dagtid vil primært håndtere sårskader og brudd. Siden også røntgentilbud foreslås videreført på dagtid, vil mange småskader på denne måten kunne bli behandlet lokalt.

Urologi:

I tillegg til nåværende dag- og døgnoperative virksomhet, er det også en betydelig poliklinisk virksomhet innen urologi i Mosjøen. I 2023 var det 4439 konsultasjoner i Mosjøen, 43 i Sandnessjøen og 381 i Mo i Rana (uroterapeut). Det er foreslått at urologiske akutt- og døgnoperasjoner legges til Sandnessjøen. I tillegg foreslås at dagkirurgisk urologi overføres til Sandnessjøen når fagmiljøet der er bygget opp. Urologifaget samles da i Sandnessjøen. Hvorvidt det er hensiktsmessig å ha urologisk poliklinikk i tillegg i Mosjøen, må vurderes ut fra tilgjengelig fagpersonell og deres kapasitet. I utgangspunktet bør også poliklinikk legges til Sandnessjøen, siden det urologiske miljøet er lite og derfor bør samles.

Øye:

Det foreslås at virksomheten i øyefaget videreføres i Mosjøen.

Hud:

Det foreslås at virksomheten videreføres i Mosjøen, Sandnessjøen og Brønnøysund som i dag.

Forslag til funksjons- og oppgavefordeling i kirurgiske fag – målbilde

Mo i Rana

- Generell kirurgi: Akuttfunksjon. Dag- og døgnkirurgi samt poliklinikk. Kirurgi ved tarmkreft og inflammatoriske tarmsykdommer er funksjonsfordelt hit.
- Ortopedi: Akuttfunksjon. Dag- og døgnkirurgi samt poliklinikk.
- Gynekologi og fødeavdeling: Akuttfunksjon. Dag- og døgnkirurgi samt poliklinikk.
- Urologi: Poliklinikk (uroterapeut)
- ØNH: Poliklinikk, audiometri

Sandnessjøen

- Generell kirurgi: Akuttfunksjon. Dag- og døgnkirurgi samt poliklinikk
- Urologi: Generell kirurgi: Akuttfunksjon. Dag- og døgnkirurgi samt poliklinikk
- Ortopedi: Poliklinikk
- Gynekologi og fødeavdeling: Akuttfunksjon. Dag- og døgnkirurgi samt poliklinikk.
- ØNH: Dag- og døgnkirurgi samt poliklinikk og audiometri
- Hud: Lysbehandling

Mosjøen

- Generell kirurgi: Dagkirurgi og poliklinikk
- Ortopedi: Dagkirurgi og poliklinikk
- Skadepoliklinikk dagtid
- Plastikk-kirurgi: Dagkirurgi og poliklinikk
- Urologi: Poliklinikk (hvis kapasitet)
- Øye: Poliklinikk
- Hud: Poliklinikk og lysbehandling
- ØNH: audiometri

Brønnøysund

- Generell kirurgi: Poliklinikk
- Ortopedi: Poliklinikk
- Føde: Jordmorstyrt fødestue og poliklinikk
- Hud: Lysbehandling
- ØNH: audiometri

7.1.1.1 Pasientforløp traumer

Nasjonal traumeplan (traumeplan.no) ble implementert i Helse Nord i 2017. Planen ble sist oppdatert i mars 2024. Planen omtaler hele verdikjeden fra skadested til endelig behandlingssted og rehabilitering. Det angis kvalitetsindikatorer. Om akutttsykehus med traumefunksjon heter det: «*Et akutttsykehus med traumefunksjon skal ha kapasitet til å ta seg av majoriteten av skadde pasienter. Et akutttsykehus med traumefunksjon skal også kunne gi riktig initial behandling til de hardest skadde pasientene, og de skal ha overflyttingsrutiner for de pasientene som overstiger sykehusets kompetanse og ressurser eller oppfyller kriteriene for å bli overflyttet til traumesenter (se kapittel Traumesenter). Målet er at pasienten skal få den samme behandlingen uavhengig av hvilket sykehus med definert traumefunksjon han/hun innlegges primært på, og uavhengig av hvilket tidspunkt på døgnet. Dette forutsetter at akutttsykehus med traumefunksjon oppfyller et minstekrav til beredskap, kompetanse, erfaring, trening, infrastruktur og organisering. Dette forutsetter dedikasjon fra ledelsen i helseforetaket*».

Planen angir «sterke anbefalinger» knyttet til traumeteamets beredskap, kompetanse og erfaringer inkludert konkrete krav til gjennomføring av definerte kurs. Helse Nord har ansatt en egen traumekoordinator som skal drive kvalitetssikrings- og utviklingsarbeid samt forskning.

Destinasjonskriterier

Sterke anbefalinger i traumeplanen:

- Alle pasienter skal raskest mulig til det sykehus som kan ferdigbehandle dem.
- Alvorlig skade mistenkes når pasienten oppfyller gitte kriterier. Dersom bare ett kriterium i skademekanismen er oppfylt OG det samtidig er et kriterium i gruppen med kompliserende tilstander er det også stor risiko for alvorlig skade. Disse pasienter skal til traumesenter.
- Dersom pasienten er fysiologisk påvirket av grunner som ikke kan håndteres under transport bør pasienten transporteres til nærmeste akutttsykehus med traumefunksjon fremfor traumesenter.
- Den mistenkt alvorlig skadde pasient er i en dynamisk situasjon, der fysiologi kan endres raskt. Helsepersonell på stedet kan velge å endre destinasjon basert på endringer i fysiologi eller transportforhold, og noen pasienter kan ha skader som ikke tillater transport forbi et akutttsykehus med traumefunksjon. Ved tvil bør det konfereres med traumeleder ved traumesenteret.
- Dersom pasienten ved ankomst til akutttsykehus med traumefunksjon viser seg å oppfylle kriteriene for alvorlig skade skal det tas kontakt med traumeleder ved traumesenter.

Transport til høyere omsorgsnivå

I Helse Nord er UNN Tromsø regionens traumesenter og skal kunne ferdigbehandle alle traumepasienter med unntak av det som krever behandling ved landsfunksjon. NLSH Bodø har tilbud i traumesammenheng ut over tilbudene i Helgelandssykehuset, for eksempel kar/thorax-kirurgi. Overføring av traumepasienter fra Helgeland til høyere omsorgsnivå krever legebemannet luftambulans, enten ambulansfly, ambulanshelikopter eller redningshelikopter. Den lange avstanden til Tromsø krever transport med ambulansfly, mens transport til Bodø eller til St. Olavs hospital i Trondheim kan utføres av helikopter så fremt været tillater det. Fordelen med helikoptertransport er overføring direkte fra skadested/sykehus til det andre sykehuset. Bruk av ambulansfly krever tilbringertransport med bilambulans til og fra flyplass, noe som er tidkrevende og innebærer risiko ved forflytning mellom transportmidler.

Pasientløype på Helgeland

Akuttskykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen har traumefunksjon. I utgangspunktet er det de definerte opptaksområdene som bestemmer hvor traumepasientene transporteres, med unntak av de som flys direkte fra skadested til høyere omsorgsnivå. Skadde pasienter har ofte skader som krever ortopedisk kirurgi. Denne funksjonen er lagt til sykehuset i Mo i Rana. Ifølge prinsippet om direkte transport til det sykehuset som kan utføre endelig behandling, vil det i slike tilfeller i utgangspunktet være riktig å transportere direkte til Mo i Rana. For noen traumepasienter på Helgeland vil imidlertid direkte transport til Mo i Rana innebære forsinket ankomst akuttskykehus. Dette kan være kritisk dersom pasienten har en tilstand som krever raskest mulig sykehusbehandling, og disse må derfor sendes direkte til nærmeste sykehus med akuttfunksjon. Det kan være sikring av luftveier, behov for blodtransfusjon eller nødkirurgi. Det anbefales derfor at traumeprosedyrene i Helgelandssykehuset gjennomgås for å sikre at disse hensynene blir godt ivaretatt.

Teamtrening i traumatologi

Det foreslås at Helgelandssykehuset øker satsingen på teamtrening i traumatologi. Dette vil til en viss grad kompensere for en generelt begrenset praktisk kompetansebygging og trening i traumatologi basert på den daglige akutte og elektive operative virksomheten på Helgeland.

Et godt pasientforløp for skadde pasienter krever en utstrakt grad av samhandling blant involvert personell. Dette starter med den prehospitale innsatsen. Det organiseres traumeteam i akuttmottak med en klar definisjon av ledelse og teammedlemmenes ulike oppgaver. Prinsippet videreføres i operasjonsavdelingen. Teamarbeid krever jevnlig øvelser. I våre akuttmottak trenes det i henhold til BEST-prinsippene.

I anledning innføring av Nasjonal traumeplan (traumeplan.no) etablerte Helse Nord RHF i 2010 en regional traumekoordinator. Koordinatoren følger opp traumeorganiseringen i helseforetakene og arrangerer kurs i hemostatisk nødkirurgi. Kursene går over 2 dager og tilbyr team fra hvert helseforetak med inntil 10 deltakere. Obligatoriske deltakere er 1 kirurgisk overlege, 1 LIS, 2 operasjonssykepleiere, 1 anestesilege og 1 anestesisykepleier. For kirurger som innehar rollen som teamleder i sykehusets traumeteam er det i henhold til Nasjonal traumeplan obligatorisk med kurs minst hvert femte år. Kursene innebærer praktisk trening på anestesert gris. Kursledelsen sørger for ulike nødsituasjoner som teamet skal håndtere. Eksempler er rift i leveren og knivstikk i hjertet. Helgelandssykehuset tilbyr ett kurs pr. år.

I tillegg til nevnte kurs arrangerer Forsvarets sanitet kurs i «krigskirurgi» på Sessvollmoen. Gjennomføringen er ganske tilsvarende, men her er det mer fokus på skuddsår. Et tredje alternativ av nødkirurgikurs arrangeres ved OUS Ullevål og følger DSTC (Definitive Surgical Trauma Care) og DATC (Definitive Anaesthetic Trauma Care)-standard.

7.1.2 Vurdering funksjons- og oppgavefordeling i medisinske fagområder

Vurdering og anbefaling

Funksjonsfordelingen skal sikre ivaretagelsen av robuste fagmiljøer ved begge akuttskykehusene. Foretaksrådet i Helse Nord 3.7.2024 ga denne føringer: «*Funksjonsfordelingen mellom de to akuttskykehusene skal skje på en måte som støtter opp under akuttfunksjonene og en bærekraftig og framtidsrettet drift begge steder*». Dette har betydning for hvordan indremedisinske funksjoner fordeles mellom akuttskykehusene når akutt- og døgnfunksjonen inkludert medisinsk sengepost flyttes fra Mosjøen.

Akutt- og døgnfunksjoner innen indremedisin

De tre kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal med til sammen 16 236 innbyggere (SSB Q2 2024) har i dag Sandnessjøen som sitt lokal- og akuttpsykehus innen generell kirurgi. Dersom man vektlegger at pasienter og fastleger/legevaktleger ønsker å forholde seg til ett og samme sykehus innen både generell kirurgi og generell indremedisin, tilsier det at hele den indremedisinske virksomheten i Mosjøen overføres til Sandnessjøen. Avstand til akuttpsykehuset vil trekke i samme retning, siden det er cirka 20 minutters lengre kjøretid til sykehuset i Mo i Rana (Selfors) enn til sykehuset i Sandnessjøen. Opptaksområdet innen indremedisin ville i så fall for Sandnessjøen øke fra 26 245 til 42 481 innbyggere, en økning på 62 %. Dersom alt derimot overføres til Mo i Rana, ville opptaksområdet for dette sykehuset øke fra 34 148 til 50 384 innbyggere, en økning på 48 %. Det er krevende å veie ulike hensyn opp mot hverandre i denne saken. I tillegg til faglige hensyn og pasienters og primærlegenes preferanser, må en se hen til personellsituasjonen og tilgjengelig areal begge steder. Både rekrutteringssituasjonen for sykepleiere og tilgjengelige arealer med minst mulig behov for renovering og tilpasninger peker i favør av Mo i Rana.

Forslaget om at all akutt- og døgnkirurgi og fagområdet urologi skal overføres fra Mosjøen til Sandnessjøen, representerer det allerede en betydelig økt personell- og arealmessig belastning på Sandnessjøen. Det konkluderes derfor med at en overføring av hele den indremedisinske akutt- og døgnfunksjonen fra Mosjøen til Sandnessjøen innebærer for stor risiko. Valget blir et kompromiss, der kommunene Grane og Hattfjelldal inngår i opptaksområdet til Sandnessjøen, mens Vefsn inngår i opptaksområdet til Mo i Rana. Dette innebærer at nytt opptaksområde innen indremedisin for Sandnessjøen blir 28 972 innbyggere, en økning på 10 %. For Mo i Rana vil tilsvarende opptaksområde bli 47 657 innbyggere, en økning på 40 %.

Det foreslås imidlertid et unntak for pasienter fra alle tre kommunene med hjerneslag. For disse pasientene vil forløpet være via døgnbasert CT-undersøkelse i Mosjøen til slagenheten ved sykehuset i Sandnessjøen. Bakgrunnen for dette er nærmere beskrevet i kap. 7.1.2.1.

For befolkningen i Grane og Hattfjelldal vil Sandnessjøen da fortsatt være lokal- og akuttpsykehuset deres innen generell kirurgi og indremedisin. De får lengre reisevei enn til Mosjøen i dag, men slipper den ekstra kjøretiden til Selfors på 15 – 20 minutter. Befolkningen i Vefsn vil fortsatt ha Sandnessjøen som sitt lokal- og akuttpsykehus innen generell kirurgi, men skal ha Mo i Rana som lokal- og akuttpsykehus innen generell indremedisin. Ulempen med dette er at pasienter med hyppige besøk til ett sykehus grunnet en lidelse blir sendt til et annet sykehus for en annen lidelse. Noen ganger er sykdomsbildet uklart, slik at det kan oppstå tvil om hvilket sykehus pasienten skal sendes til. Pasientsikkerheten vil uansett bli ivaretatt, siden begge akuttpsykehusene har et komplett tilbud innen de to fagområdene.

I denne modellen vil akuttpsykehuset i Mo i Rana få et langt større ansvar innen indremedisin enn akuttpsykehuset i Sandnessjøen. Dette er en utfordring og fordrer at én felles faglig ledelse sørger for en koordinering og fordeling av faglige aktiviteter som sikrer like god faglig utvikling begge steder. Det er en forutsetning at kvaliteten på pasientbehandlingen, utdanning av helsepersonell, forskning og utvikling ivaretas like godt begge steder.

Medisinsk poliklinikk med øyeblikkelig hjelp-funksjon videreføres i Mosjøen. Omfanget og innhold videreføres, men må over tid tilpasses den faglige og teknologiske utviklingen samt den til enhver tid tilgjengelige fagkompetansen i de ulike subspecialitetene.

Dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling:

Dette er funksjoner som er vel innarbeidet i Mosjøen. Pasientene skal unngå hyppige og belastende reiser for å få disse behandlingene. Funksjonene foreslås videreført som i dag.

Nevrologi:

Det vurderes at det ikke finnes gode grunner til å flytte denne poliklinikkfunksjonen fra Mosjøen. Nevrologene og nevrofysiologene kan da opprettholde sitt samarbeid med nevropsykologene, som også forblir i Mosjøen. Samarbeidet med indremedisinsk fagmiljø må skje på poliklinikk-nivå. Når det er behov for døgnundersøkelse eller -behandling, må enten senger i akuttstuskehusene benyttes eller det vurderes om seng kan benyttes i sengeposten til klinikk psykisk helse og TSB i Mosjøen. Ved en eventuell etablering av rehabiliteringsfunksjon med sengepost i Mosjøen, kan seng benyttes der.

Forslag til funksjons- og oppgavefordeling i medisinske fag – målbilde

Mo i Rana

- Generell indremedisin inkludert geriatri: Akutt- og døgnfunksjon og poliklinikk
- Ortogeriatrici: døgnfunksjon
- Revmatologi: poliklinikk
- Dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling: dagbehandling

Sandnessjøen

- Generell indremedisin inkludert geriatri: Akutt- og døgnfunksjon og poliklinikk
- Fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR): Sengepost og poliklinikk
- Pediatri: poliklinikk (poliklinikk/tilsyn av barn ved alle tjenestestedene)
- Dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling: dagbehandling

Mosjøen

- Medisinsk poliklinikk med øyeblikkelig hjelp-funksjon
- Slagalarm: døgnbasert slagalarm med CT-undersøkelse og trombolysbehandling
- Nevrologisk poliklinikk
- Dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling: dagbehandling
- Utrede i samarbeid med kommuner Fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR), sengepost og poliklinikk

DMS Sør-Helgeland

- Medisinsk poliklinikk
- Dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling: dagbehandling

7.1.2.1 Pasientforløp hjerneslag

Ca. 12 000 personer får hjerneslag i Norge hvert år. Tall fra Norsk hjerneslagsregister viser at mellom 10 000 og 11 000 av disse innlegges i sykehus. I 2023 ble 260 pasienter innlagt med denne diagnosen i Helgelandssykehuset, hvorav 186 skyldtes blodpropp (hjerneinfarkt). Hjerneslag er en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming.

Antallet hjerneslag forventes å øke i takt med stadig flere eldre i befolkningen og dette, sammen med redusert dødelighet, betyr at antallet personer som lever med følgetilstander etter hjerneslag vil øke betydelig. Det er derfor viktig å sikre at behandling og oppfølging av denne store pasientgruppen blitt godt ivaretatt.

Ca. 85 % av hjerneslagene skyldes blodpropp i en av hjernens arterier, mens ca. 15 % skyldes blødning. Behandlingen for disse to gruppene er helt ulik, og det er nødvendig å utelukke blødning før det iverksettes tiltak for å fjerne blodpropp. Dette avklares gjennom en CT-undersøkelse av hodet. Trombolyse er en effektiv medikamentell behandling ved hjerneinfarkt dersom den gis tidligst mulig i forløpet, helst innen 90 minutter og senest innen 4,5 timer fra symptomdebut. Ved de mest alvorlige hjerneslagene bør blodproppen fjernes mekanisk (trombektomi). Det er en behandling som ikke tilbys ved Helgelandssykehuset og som krever hurtig transport til et universitetssykehus.

Et effektivt pasientforløp ved hjerneslag innebærer at befolkningen kan gjenkjenne symptomene (prate-smile-løfte) og ringer medisinsk nødtelefon 113 umiddelbart. Ambulansetjenesten og kommunal helsetjeneste følger den omforente prosedyren for hjerneslag som er beskrevet i prosjektet «Trygg akuttmedisin» (beskrevet i kap. 7.1.4 om prehospitale tjenester). Ambulansetjenesten på Helgeland har innført en prosedyre («e-stroke») som innebærer at ambulanspersonell og vakthavende lege på sykehuset gjennom digital kommunikasjon gjennomgår symptomer og tegn systematisk, slik at man kan planlegge de videre tiltakene. Raskest mulig CT-undersøkelse er vesentlig. Siden transporttid til sykehus er lang for deler av befolkningen på Helgeland, ble det i september 2024 etablert prehospital «slagalarm» ved DMS Sør-Helgeland. I samarbeid med kommunalt legevaktpersonell og digital deltagelse av vakthavende lege og radiograf ved sykehuset i Sandnessjøen gjennomfører ambulanspersonell CT-undersøkelsen og gir trombolyse når dette er indisert.

Organisering av pasientforløpet ved hjerneslag i Helgelandssykehuset innebærer altså en tidligst mulig CT-undersøkelse. Når akuttfunksjonene skal sentraliseres til sykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen, kreves det en beslutning om hvordan pasientforløpet skal organiseres for pasientene som i dag får dette tilbudet ved sykehuset i Mosjøen. Saken ble grundig vurdert av den prosjektgruppen (OU Prehospital) som i 2023 utredet akuttmedisinsk beredskap i kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Det ble vurdert at bortfall av døgnkontinuerlig CT-tilbud i Mosjøen innebærer en høy risiko for den berørte befolkningen. Med bakgrunn i erfaringene med prehospital CT og slagbehandling i Brønnøysund, ønsker Helgelandssykehuset å etablere et tilsvarende tilbud i Mosjøen. Det er et forskriftskrav at CT betjenes av radiograf. Dette ivaretas av radiograf i Mosjøen på dagtid, men i vakttid må apparatet fjernstyres. Dette er en trygg og anerkjent prosedyre, men krever anskaffelse av en ny CT.

Uavhengig av opptaksområder for øvrig, vurderes det at det beste tilbudet til hjerneslagpasienter i kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal vil være en akuttløype via CT i Mosjøen og innleggelse i slagenheten i Sandnessjøen. Begrunnelsen for dette er at det for denne tidskritiske tilstanden gir kortest reisetid til sykehus, og at Sandnessjøen har helgelandsfunksjon for spesialisert tverrfaglig rehabilitering i den subakutte fasen. I tillegg har medisinsk avdeling i Sandnessjøen etablert rutiner for fjernstyring av CT og digital kommunikasjon mellom vakthavende lege, radiograf og ambulanspersonellet som gir trombolyse. Legen som inngår i en slik prosedyre, må også være den legen som mottar pasienten i sykehuset for videre oppfølging. På sykehuset behandles pasienten videre i en egen slagenhet etter retningslinjer gitt av Helsedirektoratet. Behandlingen innebærer tidligst mulig rehabilitering. I slagenheten skal det gjøres en tverrfaglig vurdering med tanke på det videre forløpet. Pasienter som ikke har behov for fortsatt spesialisert rehabilitering i sykehus, skrives ut og følges opp av den kommunale helsetjenesten. Rehabiliteringen fortsetter i institusjon eller i hjemmet. Det vises til nærmere beskrivelse av rehabiliteringstilbudet på Helgeland i kap. 7.1.5.

Forløpet til slagpasienter i opptaksområdet til sykehuset i Mo i Rana vil bli som i dag. Ved behov for spesialisert tverrfaglig rehabilitering etter opphold i slagenheten overføres pasienten til Sandnessjøen.

7.1.3 Observasjonspost ved DMS Sør-Helgeland

I prosjekt DMS Sør-Helgeland ble det beskrevet en intermedieæravdeling med åtte spesialisthelsetjenestesenger og to KAD-senger (kommunal-akutt-døgnopphold). Denne avdelingen er ikke realisert. Brønnøy og Sømna kommuner formidler i møter med Helgelandssykehuset at deres nåværende organisering av KAD-senger lider under Helgelandssykehusets manglende oppfyllelse av tiltaket.

Intermedieæravdelinger har vært tema i alle møtene som er gjennomført med helgelandskommunene og fastlegene under saksbehandlingen. Det framstår som uklart hvilke behov en slik avdeling skal dekke. Det er også uklart hvem som skal finansiere, bemanne og ha det medisinskfaglige ansvaret.

Etter møtene med kommunene på Sør-Helgeland vurderer Helgelandssykehuset at den mest aktuelle funksjonen der vil være en form for observasjonspost ved DMS Sør-Helgeland. Ved en slik post kan primærhelsetjenesten gjennomføre en nærmere diagnostikk i et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten, som deltar digitalt. Det vil bidra til et bedre beslutningsgrunnlag for innleggelse og at behandlingen dermed utføres på riktig nivå.

Ambulansetransport fra Sør-Helgeland til sykehuset i Sandnessjøen innebærer normalt en kombinasjon av bil- og båttransport og er belastende for pasientene. I tillegg erfarer Helgelandssykehuset at sykehuset i Sandnessjøen mottar pasienter fra disse kommunene som skrives ut igjen allerede etter én natt fordi sykehusbehandling ikke var nødvendig. Det kan imidlertid ha vært behov for spesialistvurdering, diagnostikk, observasjon over noe tid og eventuelt utvidet diagnostikk. Dette er behov man kan forsøke å dekke i DMS-et gjennom et samarbeid mellom Helgelandssykehuset og kommunene.

I DMS Sør-Helgeland er det allerede flere funksjoner som vil kunne støtte opp under en observasjonspost. Brønnøy og Sømna kommuner har etablert felles legevakt med en laboratoriefunksjon, det er en ambulansetasjon med døgnvakt og det er etablert CT-alarm i samarbeid med sykehuset i Sandnessjøen. Det er ledige lokaler. Kommunens sykehjem er fysisk knyttet til DMS-et. En observasjonsfunksjon som beskrevet ligger nært opp til funksjonen til KAD-senger, men vil kunne innebære en bedre tilgjengelighet av spesialisthelsetjeneste i form at tilrettelagt digital kommunikasjon med vaktleger i sykehuset for klinisk beslutningsstøtte og vurdering. Det kan være aktuelt å utvide laboratoriet med flere funksjoner og supplere med pasientnære analyseapparat.

Det vises til Nasjonal helse- og samhandlingsplan og Helse Nords endrings- og omstillingsprosess, der det er føringer om tettere samhandling mellom helseforetak og kommuner. Et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helgelandssykehuset ønsker å utrede saken sammen med berørte kommuner. Der vi utreder *En dør inn – en felles helsetjeneste*. Målet er at både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan samhandle om å dekke behovene til befolkningen på Sør-Helgeland. Det vises til rapporten *Tid for samordning* fra arbeidsgruppe 5 i Helse Nords endrings- og omstillingsarbeid. En observasjonspost som foreslått her kan hente mange elementer fra arbeidet som er gjort i regionen.

7.1.4 Prehospitale tjenester

En endring i sykehusstrukturen på Helgeland vil kreve en endring i beredskap for ambulansetjenesten i kommunene Hattfjelldal, Grane og Vefsn. Dagens beredskap ivaretas av to døgnambulanser i Mosjøen, en døgnambulanse i Trofors (Grane) og en døgnambulanse i Hattfjelldal. Det ble i en tidlig fase av prosessen tilkjennegjort at et nedtak av akutfunksjoner i Mosjøen vil kreve en økning av kapasiteten i ambulansetjenesten for å ivareta en økt ambulansetransport til og fra akutt sykehusene i Mo i Rana eller Sandnessjøen. Prehospital klinikk har vurdert det slik at det er et behov for ytterligere en døgnambulanse og en dagambulanse, totalt tre døgnambulanser og en dagambulanse i Mosjøen.

I Hattfjelldal ønsker man å gå fra hjemmevaktordning til vakt på vaktrom for ambulansetjenesten i kommunen, som vil gi en ytterligere styrking av beredskapen for befolkningen i området. Dette ligger inne i strategien til Prehospital klinikk, og søkes gjennomført samtidig som oppbemanningen av ambulansetjenesten i Mosjøen.

OU prehospital ble opprettet etter styresak 9-2023. Dette var et samarbeidsprosjekt mellom de tre involverte kommunene og Helgelandssykehuset, som hadde til hensikt å sikre akuttmedisinsk beredskap i de tre kommunene etter nedtak av akutfunksjoner i Mosjøen. Gruppen var sammensatt av personer fra kommunene som de selv hadde plukket ut, samt personell fra Mosjøen sykehus og prehospital klinikk. Vernetjeneste, tillitsvalgte og brukerrepresentant har også bidratt i prosjektet. Flere temaer har vært oppe til vurdering i denne prosessen. CT beredskap i Mosjøen for slagpasienter, samarbeid om legebil i Vefsn kommune, styrking av kommunale tjenester, følgetjeneste for gravide er blant noen av temaene som har vært oppe til vurdering. Når det gjelder diskusjonen rundt slagalarm i Mosjøen vises det til kapittel 7.1.2.1 om egen pasientløype for hjerneslag, der dette beskrives nærmere.

Arbeidet med OU prehospital gjenopptas nå, og alle tidligere involverte parter inviteres til å delta i det videre prosjektet. Kommunene er enige i dette, og alle involverte parter er invitert for videre deltagelse og gjennomføring.

Helgelandssykehuset har i samarbeid med kommunene i Helsefellesskapet Helgeland startet det regionale kvalitetsforbedrings-prosjektet «Trygg akuttmedisin». Prosjektet har som mål å kvalitetssikre pasientbehandlingen og spare verdifull tid for tre vanlige, tidskritiske akuttmedisinske tilstandene: hjerneslag, akutt hjerteinfarkt og blodforgiftning (sepsis). Opplæring av personell i kommunehelsetjenesten og den prehospitale tjenesten har startet på Helgeland, og vil bidra til bedre samhandling mellom nivåene som ivaretar den akuttmedisinske kjeden.

Helsefellesskap Helgeland har også etablert faglig samarbeidsutvalg (FSU akuttmedisinsk samhandling) som skal ivareta de generelle samhandlingsutfordringene mellom forvaltningsnivåene. Dette forum har til hensikt å øke samhandling og samtreeningen slik at kommunene og spesialisthelsetjenesten er beredt til å møte morgendagens utfordringer i fellesskap.

7.1.5 Rehabilitering

Spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for å tilby rehabilitering etter henholdsvis spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Ansvar for rehabilitering er videre regulert i *Forskrift om habilitering rehabilitering og koordinator*.

Helsedirektoratet har utgitt en nasjonal faglig veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Veilederen avklarer blant annet ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Riksrevisjonen la i februar 2024 fram en rapport 3:12 (2023-2024) om rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene. Hovedkonklusjonen var at mange pasienter ikke får de rehabiliteringstjenestene de har behov for av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og at samhandlingen mellom nivåene er for dårlig..

Saken ble behandlet i Helse Nords omstillingsarbeid. I sin delrapport skriver arbeidsgruppe 3 *Rehabilitering og private tjenester* følgende om Helgelandssykehuset: «Miljøet er i dag for lite og sårbart til helårsdrift. Sandnessjøen foreslås derfor styrket fra dagens 5 senger til 9 for å kunne ha helårsdrift. For å sikre et likeverdig tilbud til den samiske pasient styrkes sykehuset med en stilling som språk og kulturmedarbeider».

Etter en høringsrunde oppsummerte Helse Nord i styresak 83-2024 *Tiltak som bidrar til bærekraft i Helse Nord – rapport* med at den spesialiserte rehabiliteringen som foregår i helseforetakene er for oppdelt og i liten grad tilpasset behovet til pasientene og den øvrige driften. Helse Nord ønsker å bygge mer robuste og tverrfaglige fagmiljøer med tilstrekkelig døgnkapasitet i helseforetakene for å sikre framtidig bærekraft i tjenesten og for å redusere kjøp fra private tilbydere.

Spesialisert rehabilitering i Helgelandssykehuset

Sykehuset i Sandnessjøen har helgelandsfunksjon for fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR). Avdeling for FMR har rehabiliteringsmedisinsk enhet og fysikalsk medisinsk enhet. Sistnevnte enhet har ansvaret for en fysikalsk medisinsk poliklinikk, Helse i Arbeid-senteret, ambulant rehabiliteringsteam (ART), hjertetrening og lysbehandling. Lysbehandling forordnes av hudlege.

Rehabiliteringsmedisinsk enhet har en sengepost med fem senger og tilbyr spesialisert rehabilitering med hovedvekt på nevrologisk rehabilitering som hjerneslag i subakutt fase, hodeskader og andre nevrologiske tilstander. Sengeposten får i hovedsak henvist pasienter direkte fra andre avdelinger i Helgelandssykehuset. De medisinske avdelingene i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen har alle slagenheter, der rehabilitering starter i henhold til nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Overlege i FMR vurderer henvisninger, koordinerer og gir veiledning. Pasienter kan henvises videre til privat spesialisert rehabilitering, kommunal rehabilitering eller oppfølging av Helgelandssykehuset form av poliklinikk eller ambulant rehabiliteringsteam. Rehabiliteringsteamet er satt sammen av en rekke profesjoner. I tillegg til leger, sykepleiere og helsefagarbeidere med spesialkompetanse, deltar fysioterapeuter, logoped, ergoterapeut og sosionom. Det samarbeides også med øyeleger, klinisk ernæringsfysiolog og nevropsykolog fra andre avdelinger i Helgelandssykehuset.

Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering hadde i 2023 43 døgnopphold og 952 liggedøgn med gjennomsnittlig 23 liggedøgn per opphold. Det var i tillegg 938 polikliniske konsultasjoner i avdelingen.

Utfordringer:

Begrenset tilgang på relevant helsepersonell medfører at det ikke er kapasitet til å utnytte alle de fem sengeplassene. I tillegg stenger sengeposten under sommerferieavviklingen og i julen. Ventetid

for slagpasienter medfører forlenget opphold i de medisinske sengepostene. Pasientene har et stort behov for oppfølging og pleie gjennom døgnet, så pleiefaktoren er høy. Det er god kompetanse, men miljøet er lite og sårbart. Det er også begrenset tilgang til mange av de øvrige deltagerne i det tverrfaglige teamet. Sengeposten ligger ved siden av medisinsk sengepost, og det er begrenset med arealer for treningsaktiviteter. En travel korridor benyttes til gå trening.

Vurdering:

Det er behov for å styrke rehabiliteringstilbudet i Helgelandssykehuset. Et mål for rehabiliteringsenheten på kort sikt er en bemanning som sikrer

- God utnyttelse av de fem sengene
- Helårsdrift uten feriestengning
- At slagpasienter med behov for opphold i enheten ikke har ventetid.

På lengre sikt kan det være behov for også å utvide sengekapasiteten, slik arbeidsgruppe 3 foreslo. Dette vil avhenge av om et nærmere samarbeid med kommunene, eventuelt kombinert med en økt innsats fra fysikalsk medisinsk enhet med enhetens ambulerende rehabiliteringsteam, til sammen dekker behovet.

Også mange kommuner har utfordringer med tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse og kapasitet. Det er en risiko for at pasienter som legges inn på korttidsplasser i sykehjemmene mottar mer pleie enn aktiv rehabilitering. Rehabilitering framstår som et område der det er et utpreget behov for bedre samhandling mellom helseforetak og kommuner. Helsefelleskap Helgeland har tatt et initiativ til å utrede saken, og et faglig samarbeidsutvalg er etablert.

I sitt hørings svar til Helse Nord RHF i saken om bærekraft i Helse Nord skriver Vefsn kommune: *«Etablering av et rehabiliteringstilbud i regi av kommunene (IKS) med etablert samhandling med spesialisthelsetjenesten vil bidra til at vi kan gi et godt tilbud til befolkningen på Helgeland. Vi vil her fremme forslag om pilot med felles organisering/samordning av spesialist- og kommunehelsetjeneste på Helgeland, for levering av spesialiserte, tverrfaglige og intensive rehabiliteringstjeneste til innbyggerne på Helgeland. Et samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten vil kunne bidra til at begge nivå klarer å levere forsvarlige tjenester til en aldrende befolkning»*

Løsningsstrategier

FMR i Sandnessjøen:

Medisinsk klinikk bør rekruttere personell i de ulike fagkategoriene i FMR i Sandnessjøen for å nå det kortsiktige målet som er beskrevet over. Ved rekruttering er det særdeles viktig å utnytte det potensialet som oppstår når medisinsk sengepost flyttes fra Mosjøen. Ved sykehuset i Mosjøen er det i dag en rekke høyt kvalifiserte medarbeidere med relevant kompetanse for FMR. Klinikken må gi tilbud til disse i kommende omstillingsprosess.

Samarbeid med kommunene på rehabiliteringsområdet:

Det vises til forslaget fra Vefsn kommune over. Ved nedtrekk av akuttfunksjoner og døgnenger i Mosjøen åpner det seg en mulighet for sammen med kommuner å utvikle et døgnbasert tverrfaglig rehabiliteringstilbud i sykehusbygget. I tillegg til et eksisterende kompetent fagmiljø knyttet til dagens slagenhet og KSF, vil det i tiden framover også være andre støttende fagmiljøer til stede i Mosjøen, som nevrologer, øyeleger og nevropsykologer. Et slikt rehabiliteringstilbud vil kunne være

relevant for pasienter både under spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenestens ansvarsområder. Disse pasientene har ikke lenger behov for innleggelse i sykehus, men trenger fortsatt tverrfaglig rehabilitering i institusjon. Et slikt tiltak antas å kunne avlaste både sengeposten i FMR i Sandnessjøen og kommunene og samtidig gi pasientene et mer treffsikkert rehabiliteringstilbud. Samhandlingen mellom forvaltningsnivåene vil bli styrket og kontinuiteten i pasientforløpet forbedret. Et skifte fra kjøp av private rehabiliteringsinstitusjoner til et tilsvarende tilbud på Helgeland øker tilgjengeligheten og nærheten til hjemmemiljøet.

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027 oppfordres helseforetak og kommuner til å finne nye former for samhandling for på den måten støtte hverandre i en tid med mangel på helsepersonell. Nye organisasjonsformer bør prøves ut. Et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner. Et samarbeid rundt rehabilitering mellom Helgelandssykehuset og interesserte kommuner som beskrevet, kan være et tiltak som gir grunnlag for delfinansiering av slike rekrutterings- og samhandlingstilskudd.

Hvordan et slikt samarbeid kan organiseres, må utredes. Helsefellesskap Helgeland vil gjennom sitt FSU Rehabilitering belyse flere sider av saken, men en prosjektgruppe må også ha økonomisk og juridisk kompetanse. En mulighetsstudie bør i det minste avklare:

- Hvilke kommuner inngår i samarbeidet
- Hvilken type pasienter skal et slikt tilbud rettes mot
- Hvilken helsefaglig kompetanse er nødvendig
- Hvilken kapasitet er nødvendig (sengeplasser)
- Finansiering og økonomisk modell
- Ansettelsesforhold – hvem er arbeidsgiver

Det er viktig at FSU Rehabilitering inngår som en del av en slik mulighetsstudie.

7.1.6 Konsekvensvurdering bygg

I henhold til mandatet skal forslaget innrettes slik at det minimerer behovet for investeringer i bygg eller medisinsk teknisk utstyr. Foreslått struktur- og oppgavefordeling vil likevel ha både investerings- og driftskonsekvenser. Det skal gjennomføres en ROS-analyse som vil synliggjøre dette. Saken som legges fram for styret i Helgelandssykehuset i januar 2025 vil inneholde økonomiske beregninger.

Allerede nå kan det sies noe om investerings og/eller vedlikeholdsbehov. På grunn av strukturprosesser over lang tid har investeringer i bygg og utstyr på Helgeland vært holdt på et minimum. Dette gjelder spesielt medisinteknisk utstyr i Mosjøen fordi denne lokalisasjonen har vært beheftet med størst usikkerhet når det gjelder fremtidig bruk.

Akutt- og døgnvirksomhet skal overføres fra Mosjøen til akutt sykehusene, og det foreslås fortsatt en betydelig dagvirksomhet der, herunder dagkirurgi. Det vil være behov for lett oppussing av operasjonsstuene og utskifting av anesthesi- og kirurgipendler. Framskrivningsmodellen i FSU tilsier et økt behov for CT og MR i planperioden. På denne bakgrunn er det foreslått å beholde dette tilbudet i Mosjøen. Det er et snarlig behov for fornyelse av MR og laboratorieutstyr. Siden det foreslås en døgnbasert slagalarm, må det anskaffes en ny CT som kan fjernstyres. Ambulansetjenesten skal styrkes, og det er behov for en ny og større ambulansestasjon. Sykehuset i Mo i Rana har ledige

arealer for å kunne ta imot flere indremedisinske pasienter. Det kan være behov for en mindre utvidelse av intensivavdelingen. I Sandnessjøen kan omrokking av rom dekke behovet for økning av kirurgiske og indremedisinske pasienter. Oppsummert investeringsbehov estimeres pr nå i prosessen totalt til ca. 100 mill. kr.

Selv om det mest kritiske medisintekniske utstyret og de dårligste tilstandsgrader som grunnregel skal prioriteres høyest, ønsker vi også at våre ansatte og våre pasienter skal oppleve et miljø preget av velholdte og innbydende lokaler som fremmer trivsel og velvære. Vi vil med denne saken legge struktur på Helgeland for mange år fremover, og vi plasserer både arbeidsplasser og pasienter. Som et eksempel har vi brukt betydelige ressurser i Sandnessjøen på å ta ned et kritisk vedlikeholdsetterslep, da prioritert ut fra tilstandsgrad. Men i dette sykehuset er det gjennomført få tiltak som ivaretar trivsel. Overflatene på deler av arealene våre er slitte og i umoderne mørke farger. Når nå ny struktur legges, burde det være tilgjengelige ressurser for å etablere mer innbydende lokaler for å fremme trivsel og velvære for pasienter og ansatte. Vedlikeholdsbehovet vil estimeres i forkant av at saken legges frem for styret i januar 2025.

7.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

7.2.1 Etablering av akutenhet

Dimensjonering av tilbudet

Vurderingene baserer seg på [rapporten](#). Helgelandssykehuset bør etablere en akutenhet med 12 plasser, i tillegg til 2 skjermede plasser. Totalt vil det være mulig å ha 14 pasienter innlagt samtidig. Framskrivninger viser til en trend hvor det legges inn flere med alvorlige lidelser og flere legges inn på tvang. Det totale antallet liggedøgn ser ikke ut til å stige, men andelen som legges inn akutt er økende.

Samling av all døgnvirksomhet

Saksutredningen skal i tillegg til å vurdere etablering av akutenhet på Helgeland gi en vurdering om samling av all døgnvirksomhet for voksne.

I høringsprosessen til bærekraftprosessen hos Helse Nord i vår, uttrykte flere kommuner bekymring for en evt. flytting av døgntilbudet for voksne fra Mosjøen til Mo i Rana. De viste til lengre reisevei for deler av befolkningen på Helgeland, og uttrykte redsel for at fagmiljøet skulle forsvinne i en flytteprosess.

Helgelandssykehuset konkluderte også med å ikke anbefale en flytting av tilbudet i sin høringsuttalelse. Hovedsakelig ble det argumentert med økte personellkostnader i en flyttefase, byggekostnader, risiko for økte ventetider, fare for å miste ansatte i en flytteprosess og en geografisk skjevfordeling i behandlingstilbud.

For å sikre et mest mulig robust fagmiljø og flest døgnenheter i tilknytning til en akutenhet ville det vært en fordel å samle all døgnvirksomhet på ett sted på Helgeland. Overføringer fra akutenhet til andre enheter ville blitt enklere og det ville vært flere LIS3 og psykiatere som kunne delta i vaktordning. Dette er bare noen av fordelene en samling ville kunne medføre.

En samling av sengepostene vil også medføre noen ikke ubetydelige utfordringer på kort sikt. Ved etablering av akutenhet er det et relativt betydelig antall fagpersoner som må rekrutteres innen ulike faggrupper. Med en lokalisering av akutenhet i Mo i Rana, vil en være avhengig av å reetablere døgnenheter for voksne i Mosjøen i Mo i Rana. Hvis en forutsetter at få av dagens ansatte i Mosjøen

følger med til Mo i Rana, vil resultatet av dette være en rekrutteringsutfordring der vi må rekruttere nesten like mange fagpersoner til denne enheten som til akuttenheten.

Vurderingen som er gjort er at det er tilstrekkelige støttefunksjoner i de to etablerte døgnettene i Mo i Rana for å støtte en akuttenhet, og at det dermed ikke er en forutsetning å samle all døgnvirksomhet. I tillegg vil risikoen knyttet til rekruttering bli for stor ved en flytting.

Det foreslås derfor at vi ikke samler all døgnvirksomhet på ett sted, selv om det på lang sikt hadde vært en fordel.

Bygg

Det er ikke egnede lokaler som kan tas i bruk til akuttenhet i Helgelandssykehuset. Alternativene består i å bygge nytt, eller renovere ledige lokaler. Som regel vil en renovering være billigere og ofte nesten like funksjonelt enn oppføring av et nytt bygg. Men disse tilfellene forutsetter at bygningsmassen man har som utgangspunkt har en grunnstruktur som lett kan tilpasses ønsket ny struktur. Når bygningskoden og moderne standarder krever store ombygninger, kan renovering bli like kostbar eller mer kostbar enn nybygg. En psykiatrisk akuttenhet har en bygningskode som ikke vil være enkel å etablere i fløy B i Mo i Rana som ville kunne være et alternativ.

Et annet moment som må ivaretas er akuttenhetens samlokalisering med de to eksisterende døgnpostene som i dag er i brukbare lokaler. Dersom akuttenheten skal tilrettelegges i fløy B, må man pusse opp og ombygge også for disse to døgnpostene. Nødvendig areal for ombygging vil da tredobles.

I sum vil dette bli en dyrere og dårligere løsning for klinikken. Akuttenheten bør etableres i nytt bygg i tilknytning til de to andre døgnpostene. I et nybygg kan en gi god pasientbehandling samtidig som en ivaretar både pasientens og ansattes sikkerhet.

Nybygg av akuttenhet vil grovt anslått koste omkring 200 mill.kr å realisere.

Økonomi

Økonomien i Helse Nord sine tilbud i Psykisk helsevern og rus styres igjennom en intern finansieringsmodell. Denne modellen er bygget opp av flere elementer, noe som betyr at det ikke er mulig å si eksakt hvor mye midler som vil styres til Helgelandssykehuset hvis det etableres en akuttenhet. En av komponentene i modellen handler om aktivitet. Denne vil med et snitt av aktiviteten Nordlandssykehuset har hatt for pasienter fra Helgelandssykehuset utgjøre omtrent 18 mill.kr. Den andre komponenten i modellen, innebærer det tilskuddet Nordlandssykehuset får for å drifte tilbudet på vegne av Helgelandssykehuset. Denne komponenten er uavhengig av aktivitet og er vanskelig å fastsette størrelsen på av hensyn til at tilskuddet gis for flere tilbud Nordlandssykehuset driver. Derfor må hele modellen endres hvis Helgelandssykehuset etablerer en akuttenhet. Det er gjort et estimat vi kan regne med at Helgelandssykehuset sitter igjen med omtrent 25 mill.kr ved etablering av tilbudet i eget foretak.

En slik sum vil alene ikke dekke driftskostnadene som Helgelandssykehuset får ved å etablere tilbudet.

For 2021 gjorde Prehospital klinikk i Helgelandssykehuset et anslag på hvilke beløp de brukte til å transportere pasienter fra Helgeland og til Bodø. Beløpet de kom fram til var i overkant av 4 millioner

kroner. Beregninger viser at ved en etablering av et tilbud på Helgeland reduserer kostnadene prehospitalt med om lag 3 mill.kr.

Når driftskostnader til tilbudet presenteres, så er det kun utgifter til driften av sengeenheten. Det er ikke tatt med eventuelle kapitalkostnader eller intern husleie jamfør intern husleiemodell. Etableringskostnader er ikke tatt med.

Til sammen vil de totale driftskostnadene utgjøre omtrent 33 mill.kr samt sosiale utgifter.

Tilgjengelige støttefunksjoner

Det er en forutsetning at det er tilgjengelige støttefunksjoner i form av enhet(er) som kan ta imot pasienter fra akuttenheten. I Mo i Rana er det to døgnenheter i dag. En krise-/ akuttenhet med ni sengeplasser som tar pasienter raskt inn, men tar ikke imot pasienter på tvang. Den andre enheten er en elektiv rusenhet med åtte sengeplasser.

Tanken er at det for krise-/ akuttenheten søkes om mulighet til å ta imot pasienter på tvang.. De som legges inn der i dag vil i stor grad ivaretas på akuttenhet eller i klinikkens elektive enhet i Mosjøen. Krise-/akuttenheten bør endres til en subakuttenhet som bistår akuttenheten med å ta over pasienter som trenger en noe lengre innleggelse enn det akuttenheten tilbyr. I tillegg må det være et mål om å kunne håndtere psykosepasienter på denne enheten i større grad enn det som gjøres i klinikken i dag.

Anbefalt lokalisering

Sandnessjøen beskrives som det stedet som medfører størst risiko. Årsaken er at det ikke fins andre sengeposter innen fagfeltet i tillegg til få overleger og LIS. Lokalisering i Mosjøen beskrives med noe mindre risiko. Der finnes to andre sengeposter, men antallet overleger og LIS er lavt. Mo i Rana har ifølge rapporten andre sengeposter og flere overleger og LIS enn de to andre lokasjonene, og er alternativet med lavest risiko. Mo i Rana er også den lokasjonen med størst befolkning, noe som taler for at rekrutteringsutfordringene normalt sett vil være noe mindre. Totalt sett viser det at det er minst risiko knyttet til en etablering av akuttenhet i Mo i Rana.

Reisetid til akuttenhet er også noe som spiller inn ved lokalisering. Tar vi hensyn til reisetid alene, og ikke ser på antallet pasienter fra hver del av regionen som legges inn i Bodø, så vil Mosjøen peke seg ut som det beste alternativet. Vurderes fremtidig bruk av tilbudet så vil Mo i Rana peke seg ut som det best egnede stedet for lokaliseringen.

Kommune	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Alstahaug	15	19	6	9	19	12	30	12	17
Brønnøy	16	19	19	22	16	23	13	9	18
Hemnes	6	9	20	13	21	10	9	7	9
Rana	76	76	88	85	81	60	96	88	106
Vefsn	50	23	41	23	30	24	30	24	25

Tabellen viser antallet innleggelser ved akutteneheten i NLSH i perioden 2015 – 2023 basert på kommunetilhørighet. Kommuner med fem eller mindre innleggelser for enkelte år er tatt ut av tabellen. Basert på disse forholdene bør en akuttenehet etableres i Mo i Rana.

ROS

Rapportens [ROS](#) baserer seg på sju definerte delmål.

Disse er:

1. Avdelingen er rett dimensjonert
2. Ha tilstrekkelig personalressurser for å etablere vaktordning
3. Ha en forståelse for hvordan det å etablere en vaktordning 24/7 påvirker andre avdelinger
4. Ha en forståelse for hvordan det å etablere en vaktordning 24/7 påvirker andre avdelinger
5. Vi kan rekruttere tilstrekkelig kvalifisert personell til å drive en akuttavdeling
6. Akuttavdelingen har tilgang på tilstrekkelig somatisk kompetanse
7. Personalet som ansettes har eller gis tilstrekkelig kompetanse til å jobbe i en akuttavdeling

ROS analysen er lagt til grunn for anbefalingen.

Tidsperspektiv

Uavhengig av nybygg eller renovering så vil det være realistisk å ta imot de første pasientene tidligst våren 2027.

7.2.2 Unngå fristbrudd og redusere ventetid

Foretaket har i tråd med mandatet fått i oppgave å vurdere hvordan ventetider kan reduseres og å unngå fristbrudd. Helgelandssykehuset er det foretaket i Helse Nord som over tid har hatt lavest ventetid inne psykisk helsevern og rus, og tilnærmet null fristbrudd. Allikevel er det for lange ventetider gitt ventetidskravene. De fleste av våre poliklinikker er mindre enheter med få ansatte. Sårbarheten ved vakante stillinger eller sykefravær er stor.

I *Tiltak for å sikre bærekraft* (Helse Nord, [arbeidsgruppe 2](#)) beskrives den totale kapasiteten innen psykisk helsevern for barn og unge i regionen. Med mange små fagmiljøer gjør at det er vanskelig å opprettholde en stabil bemanning, og vanskeligere å kunne tilby ønsket bredde i stadig mer spesialiserte behandlingsmetoder. For Helgelandssykehuset gjelder denne beskrivelsen også for poliklinisk behandling for voksne og rus (TSB). I både alternativ 1 og 2 foreslås en styrking av poliklinikk i Helgelandssykehuset. Begrunnelsen for forslaget er at arbeidsgruppen ser det som nødvendig for å bygge robuste og fleksible arbeidsmiljø. Arbeidsgruppen mener at det vil legge til rette for god faglighet, muligheter for utadrettet virksomhet og samhandling med kommunene. Videre viser de til at utrednings- og behandlingstilbudet må ha en viss størrelse for at det faglige tilbudet skal være av tilstrekkelig bredde og kvalitet.

Anbefaling

En gradvis styrking av poliklinikkene foreslås. Klinikken styrkes med fire stillinger hvert år fra 2025 i forbindelse med budsjettbehandling. Hvilke poliklinikker som skal styrkes og hvor mye de skal styrkes

med begrunnes ut fra hvor stor pågangen er med henhold til henvisninger, opptaksområde og andre relevante faktorer. Primært vil økningen for stillinger til psykologspesialist/psykolog og psykiater/LIS3. Det er i arbeidet viktig å følge med utvikling i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) poliklinikk, slik at denne tjenesten styrkes når det er riktig. Som vist i avsnittet om framskriving kan en forvente en stor vekst på dette feltet.

7.2.3 Oppsummert forslag

Ut fra det som kommer frem i denne vurderingen, som bygger på rapporten som ble utarbeidet i 2022, anbefales det styret å vedta opprettelse av akuttenhet ved Helgelandssykehuset Mo i Rana. Arbeidet bør starte så raskt som mulig etter et eventuelt positivt vedtak i Helse Nord sitt styre.

I tillegg foreslås det at Psykisk helse og rusklinikken tilføres ressurser for å styrke poliklinikkene i tråd med beskrivelsene tidligere i vurderingen.

8. Appendiks

8.1 Involvering i saksbehandlingen

I mandatet for saksbehandlingen, som styret i Helgelandssykehuset vedtok 11. september 2024, ligger føringer for prosessen for saksbehandlingen frem til styret i Helgelandssykehusets behandling opprinnelig i november 2024, nå endret til januar 2025. Vedtatt kommunikasjonsplan ligger også til grunn. Oppsummert er planen fulgt med ett unntak. Møtene med kommunene inkluderte med noen avvik ikke kommunelegene. Vi har valgt å invitere legene i Vefsn, Grane og Hattfjelldal for en innspillsrunde som et supplement.

Her følger en kort beskrivelse av prosessen slik den har vært fra oppdraget ble gitt i ekstraordinært styremøte 11. september til forslaget sendes ut til høring- og innspillsrunde både til kommuner, brukerorganisasjoner, og til klinikkene, fagforeninger og vernetjeneste 4. november.

Det er et grunnleggende prinsipp at vi skal lytte og vurdere innspillene inn i saksutredningen. Vi har åpnet for dette og saksutredningens forslag til løsninger bygger både på fagmiljøenes løsningsforslag, kommunenes tilbakemeldinger, satsing i Helsefellesskap Helgeland, og dialog på interne møtearenaer.

Administrerende direktør og utvidet ledergruppe

Arbeidet eies av administrerende direktør. Sykehusets ledergruppe utvides med fire deltakere fra foretakstillitsvalgte, foretaksverneombud og tre representanter fra brukere. Utvidet ledergruppe vil være administrerende direktørs rådgivende arena for de overordnede diskusjoner og veivalg underveis i arbeidet, samt medvirkning og involvering.

Oppsummert:

- Foretakstillitsvalgte anmodet om en ekstra representant med begrunnelse i at de ønsket god representasjon fra Mosjøen i gruppen. Administrerende direktør støttet dette.
- Brukerutvalget anmodet om en ekstra representant med begrunnelse i at de ønsker å være to. Administrerende direktør støttet dette.
- Utvidet ledermøte ble tidlig enige om kommunikasjonsprinsipper slik at det skal oppleves trygt å mene og diskutere.

- Det er avholdt 8 ledermøter. Referatene er godkjent i påfølgende møter og lagt ut til offentligheten på nettsiden.
- Administrerende direktør har som intensjon å ta opp møterekken i utvidet ledermøte når høringsinnspillene er kommet 13. desember, og frem til saken legges frem til styret i Helgelandssykehuset i januar.

Koordineringsgruppe

Arbeidet koordineres og følges opp av en koordineringsgruppe. Gruppens medlemmer utnevnes av administrerende direktør og rapporter til denne.

Koordineringsgruppen er ansvarlig for:

- Framdriften i arbeidet
- Ivaretagelsen av forutsetninger og avhengigheter
- Intern og ekstern involvering
- Saksframlegg for administrerende direktørs utvidete ledergruppe
- Utarbeidelse av en helhetlig plan for endringer i funksjons- og oppgavefordeling
- Utarbeidelse av en framdriftsplan for gjennomføring

Oppsummert:

Koordineringsgruppen har bestått av Sturla Ditlefsen (koordinator), Pål Madsen (saksbehandler) og Rune Holm (saksbehandler). Koordineringsgruppen har hatt fortløpende dialog med oppdragsgiver.

Interne ressurser

Faglige vurderinger og innspill ivaretas av Helgelandssykehusets staber, klinikker og drift- og eiendom.

Oppsummert somatikk:

Koordineringsgruppen har i flere omganger sendt spørsmål til de somatiske fagmiljøene gjennom kliniksjefene og direktør for drift og eiendom. Siden faglig strategisk utviklingsplan (FSU) lå til grunn i arbeidet i prosjekt Nye Helgelandssykehuset og derfor inneholder mye informasjon rundt faglige samarbeidsforhold og utviklingstrekk, var det nødvendig å revurdere dette i lys av et nytt strukturvedtak og øvrige endrede rammebetingelser. Denne runden var en validering. Miljøene er også bedt om å beskrive ulike konsekvenser (faglige, personellmessige og økonomiske) av definerte scenarier knyttet til opptaksområder og funksjonsfordeling. Egne spørsmål ble stilt vedrørende dagkirurgisk virksomhet og fordeling av dagens funksjoner i Mosjøen. Siden strukturvedtaket innebærer flytting av akuttfunksjoner fra Mosjøen mens andre funksjoner potensielt kan videreføres der, var det nødvendig å få beskrevet faglige avhengigheter mellom disse. Behovet for investeringer er forsøkt synliggjort. Generelt har det vært et stort engasjement rundt disse oppgavene, og koordineringsgruppen har mottatt mye nyttig informasjon og synspunkter. Uenigheter er også godt synliggjort.

Oppsummert psykisk helsevern og TSB:

I etterkant av vedtatt mandat har Psykisk helse og rusklinikken gjennomført en intern høringsprosess på rapporten om utredning av døgnpost godkjent for innleggelse etter Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern §§3.2 og 3.3. I denne perioden har også nevnte rapport vært formelt behandlet i både PHR klinikkens ledergruppe og administrerende direktør sin ledergruppe.

I høringsrunden kom det en rekke innspill som har vært nyttige har vært nyttig i vurdering av løsningsforslag

Kommuner og Helsefelleskap Helgeland

I kommunikasjonsplanen er det anført hvilken dialog Helgelandssykehuset skal ha med kommunene i prosessen.

Oppsummert:

- Møter med vertskommuner i uke 41 gjennomført. Referater skrevet og godkjent av begge parter før vi har lagt dem ut på internett.
- Møter med vertskommuner sammen med omkringliggende kommuner gjennomført i uke 43. Referater skrevet og godkjent av alle parter før vi har lagt dem ut på internett.
- I tillegg til opprinnelig plan er det avholdt møter med fastleger i Vefsn 9. oktober, samt fellesmøte med kommuneoverlegene i Grane og Hattfjelldal 16. oktober.
- Interkommunal samhandlingsleder har deltatt på møtene i uke 43, og vi har koblet felles satsingsområder i Helsefelleskap Helgeland til saksutredningen bedre enn opprinnelig planlagt. Det er en styrke at Helgelandssykehuset og Helsefelleskap Helgeland har definerte satsingsområder, og at anbefalte tiltak i denne saksutredningen kobles til disse.
- Helse Nord har fått øremerket midler til felles rekruttering og samhandlingstiltak. Midlene skal benyttes til å prøve ut nye arbeidsformer og fremtidsrettede modeller for bedre samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge.

Befolkningen

Befolkningen på Helgeland er, som resten av Norge, opptatt av helsetjenestene der de bor. Helgelandssykehuset har selv gått igjennom flere runder med vedtak, nye vedtak og omorganiseringer. Vi har full respekt for at det har vært krevende også for befolkningen, som spesialisthelsetjenestene er til for, og at man ønsker trygghet og forutsigbarhet.

Helgelandssykehuset satte i 2023 en omstillingsprosess i bero, i påvente av endring og omstilling i Helse Nord, som potensielt kunne ende opp med et nytt strukturvedtak. Den 3. juli vedtok helseministeren fremtidig struktur og oppdraget ble gitt Helse Nord, som igjen gav dette oppdraget til Helgelandssykehuset å løse.

Det har vært et unisont ønske i Helgelandssykehuset om å få landet en løsning på sykehusstrukturen, selv om det har vært ulike syn på hvilken løsning som ville være best. Når vi nå presenterer løsningsforslaget, er det med mål om en endelig beslutning, og et forslag som vi mener kan stå seg over mange år. For mest mulig trygghet rundt prosess og for mest mulig forutsigbarhet har vi valgt å legge alt av informasjon og dokumentasjon tilgjengelig for offentligheten på vår [hjemmeside](#). Her vil også høringsdokumenter og hørings svar gjøres tilgjengelige. I de senere ukene ser vi at dette har vist seg å bli positivt mottatt, både av samarbeidspartnere, media og andre. En utstrakt åpenhet, rundt et tema med så pass stor interesse rundt, har trolig vært en medvirkende faktor til antall innsynsbegjæringer til foretaket har gått ned.

I Helgelandssykehuset

I tråd med kommunikasjonsplanen er hovedtiltakene:

- Lederkommunikasjon gjennom linjen. Den ansatte får informasjon fra sin leder.
- Informasjon gjennom tillitsvalgtapparatet og vernetjenesten.
- Informasjon på Helgelandssykehusets hjemmeside (internett) – vi har bygd opp siden «Endring og omstilling i Helgelandssykehuset», med snarvei fra intranett.
- Digitale allmøter.
- Fysiske møter (møteplan utarbeides samtidig med fremdriftsplan).

Oppsummert:

- Vi har i størst mulig grad brukt eksisterende møtearenaer i foretaket. Med unntak av fysiske møter har kommunikasjonsplanen blitt fulgt. Eksempler: Digitalt allmøte 27. oktober, månedlig møte mellom administrerende direktør og alle ledere 27. September og 25. Oktober, månedlig møte mellom administrerende direktør og alle stabsansatte 20. september og 18. oktober. Møter med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud 18. september, og heldag fysisk møte 16. oktober, i tillegg korte dialogmøter om saken underveis.
- I tillegg besluttet foretakets arbeidsmiljøutvalg (AMU) den 24. september å avholde et ekstraordinært AMU møte 21. oktober med temaet funksjons- og oppgavefordeling i et HMS-perspektiv. Møtet ble utvidet med alle klinikkjefer og klinikkverneombud i tillegg til de faste medlemmene. Vedtakspunkt: ROS analyse på foretaksnivå i et HMS-perspektiv når beslutningen er tatt i februar. Reetablering av omstillingsutvalg som kan svare ut spørsmål til ansatte om omstillingen fortløpende.
- Verneombudene har en årlig fysisk samling, i år 22. oktober. Administrerende direktør og koordinator for prosessen deltok der informasjon og dialog om prosessen var tema 1 time.

Den interne kommunikasjonen er forsterket gjentakende i interne møtearenaer:



Samarbeid med Helse Nord RHF

Forankring hos eier ivaretas gjennom ukentlige statusmøter med Helse Nord's ledelse.

Oppsummert:

Oppdragsgivere administrerende direktør og medisinsk direktør har sammen med saksbehandlere vært i ukentlige statusmøter med vise administrerende direktør i Helse Nord. Hver tredje uke har også administrerende direktør og fagdirektør i Helse Nord deltatt. Vi har informert og status i prosessen, delt innspillene fra fagmiljøene og drøftet faglige tilnærminger.

8.2 Helgelandssykehuset- Ett sykehus

Modell med ett sykehus

Foretaksprotokollene av 3. juli og 30. august, og mandat gitt administrerende direktør 11. september presiserer at Helgelandssykehuset skal basere seg på en modell med ett sykehus.

I arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling er det stilt et åpent spørsmål til ledergrupper, tillitsvalgte, brukere og ungdommer på hva som skal til for at Helgelandssykehuset oppleves som ett sykehus.

Brukerne har i sin tilbakemelding meldt at sykehuset per i dag ikke oppleves som en helhet, med en opplevelse av at fagmiljøene er i opposisjon med hverandre, og de ansatte forteller om fagmiljøer som knyttes til lokasjoner. Representantene for de ansatte har det faglige fokuset og setter mål om ett sykehus opp imot ambulering og et tett samarbeid.

Tilbakemeldingen fra våre ansatte, fra våre brukere og fra morgendagens arbeidere, pasienter og pårørende fordrer at skal vi lykkes med å tilby de helhetlige tjenestene som Helgelendingene fortjener, så må Helgelandssykehuset ha en plan for hva en modell med ett sykehus innebærer. Planen må utvikles i samarbeid med brukere, ungdommer, ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste.

Der er gode eksempler på felles faglig samarbeid på tvers av lokalisasjoner i klinikk, og på tvers av klinikker. Felles fagdager og fagutvikling har bidratt til faglige diskusjoner, og enda bedre samarbeid i pasientbehandling. De øremerkede midlene til rekruttering og stabilisering (25 mill.kr) har vært kjærkomment og for 2025 foreslår vi å bruke 5 mill.kr til å forsterke dette initiativet.

I Faglig Strategisk Utviklingsplan (pkt. 9.4.6) vises det til enkelte eksempler på tiltak som kan bidra til et mindre fragmentert sykehus, med et mål om at sykehusets personell er én ressurs, fordelt på en befolkning som ivaretas etter et prinsipp om geografisk nærhet. Planen foreslår også at et prosessmål vil være samarbeid om pasientstrømmer i perioder med ujevn belastning. Helgelandssykehuset har over flere år samarbeidet om alternerende stenging både innen psykisk helse og rus og somatikk, og i de siste årene har en overbeleggsprosedyre fungert godt. Vi har erfaring med intern overflytting av vedlikeholds- og kapasitetshensyn. Det forefinnes særavtaler med fagforening som kan bygges videre på.

Tiltak:

Følgende tiltak ligger til grunn for en prosess mot en modell med ett sykehus:

1. Et tettere faglig samarbeid nærmest pasienten:

- Samstemming av prosedyrer – en helhetlig fagutvikling på tvers av lokasjonene.
- Felles ventelister.
- Felles faglig ledelse.
- Ett sykehus, én felles arbeidsplass.
- Pasientnær kommunikasjon.

2. Ledelse og kulturbygging

- Ledelsesutvikling på tvers av lokalisasjoner.
- Ledelsesutvikling i samarbeid med Helsefellesskap Helgeland.
- Innføring av #råbra (avvikssystem med fokus på det positive som skjer i arbeidshverdagen).
- Internt kulturprogram med ansatte for ansatte.

- Kommunikasjonsplan og prinsipper i ekstern og intern kommunikasjon.

8.3 Samhandling og brukerinvolvering

Helgelandssykehuset har benyttet seg av kommunenes hørings svar til *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord*, tidligere samarbeidsmøter med kommunene og arenaene som vedtatt i kommunikasjonsplanen for funksjons- og oppgavefordelingen. Helgelandssykehuset har i arbeidet bedt helgelandskommunene om innspill for hvilke innsatsområder som sykehus og kommuner kan jobbe med for å videreutvikle tjenestene i regionen i fellesskap. Referatene fra møtene kan leses [her](#).

Helgelandssykehuset har sett til arbeidet utført i forbindelse med Helse Nord's endrings- og omstillingsprosess, hvor særlig anbefalingene for samhandling og samordning av tjenester har vært av interesse. Rapporten *Tid for samordning* kan leses [her](#)!

Arbeidsgruppen foreslår at helsetjenestene i Nord ser videre på:

- *A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse.*
- *B: Fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester.*
- *C: Kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten.*
- *D: Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy.*

Helgelandssykehuset har sett til de tidligere hørings svarene til Helse Nord som funksjons- og oppgavefordelingen på Helgeland er en forlengelse av, og til møtene med kommunene for å identifisere potensielle samarbeidsområder for en helhetlig utvikling av helsetjenestene. Sykehuset har hatt et særskilt fokus på å kartlegge de felles utfordringene og mulighetsrommet, i lys av nyere teknologisk utvikling, arbeidsgruppe 5s rapport *Tid for samordning*, og de nasjonale satsningene i helse- og samhandlingsplanen (2024).

Hva er viktig for kommunene og Helgelandssykehuset

I hørings svarene til Helse Nord, uttrykker kommunene bekymringer rundt videreutvikling av fagmiljøene og funksjonen ved de enkelte sykehuslokasjonene.

Helgelandssykehuset har tatt kommunenes bekymringer rundt vedlikehold og utvikling av bygg og fagmiljøer til orientering. Arbeidet legger til grunn at sykehuset skal utvikles som ett felles sykehus med tilstedeværelse i dagens vertskommuner (Alstahaug, Brønnøy, Rana, Vefsn). Et viktig prinsipp for utviklingen av sykehuset, er at videre arbeid ved de enkelte lokasjonene utføres med det formål å stabilisere og videreutvikle tjenester etter egne prosesser og prioriteringer.

En gjennomgang av høringsuttalelsene viser til felles engasjement innen styrking av digitaliseringen, tilbud innenfor psykisk helse, styrking av tilbudet om rehabilitering på Helgeland, og et tettere samarbeid med tydelige ansvarsforhold. God rekruttering og stabile fagmiljøer synes særlig viktig, både for Helgelandssykehuset og for kommunene.

Kommunene har i sine høringsuttalelser til Helse Nord fremmet flere innspill til videre tjenesteutvikling, med bred interesse for videreutvikling av intermediære og samorganiserte tjenester.

Digitalisering

I hørings svarene til Helse Nord i forbindelse med styresak 83-2024 *Tiltak som bidrar til bærekraft i Helse Nord – rapport*, leverte Helgelandskommunene høringsuttalelser som i stor grad støttet arbeidsgruppe 5s foreslåtte satsning på digital samhandling. Kommunene har i sine høringsuttalelser vist til flere muligheter og et større ønske for digital samhandling, blant annet innsats- /

vurderingsteam, vurderingsstøtte og digital hjemmeoppfølging. Rana kommune viser i sitt hørings svar til et ønske om raskere digitalisering.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024) foreslår at digitale nyvinninger bør innføres med et mål om en total besparelse av helsepersonell for å stanse utviklingen av behov for bemanning. Helgelandssykehuset deler kommunenes bekymringer, og er enige i mulighetsrommet for smidigere pasientforløp gjennom digital samhandling, som er i tråd med anbefalingene fra *Tid for samordning*.

Deling av ressurser og en felles utvikling bør søkes i fremtidig tjenesteutvikling. Som anbefalt av NOU 2023:8 – fellesskapets sykehus, bør det søkes et tettere arbeid med felles standarder for regionen. Helgelandssykehuset har gjennom Helsefellesskap Helgeland bidratt inn i prosjektet Digital Hjemmeoppfølging Helgeland (DHH), drevet av Digitale Helgeland og samarbeider allerede om innføring av digitale innbygger- og samhandlingstjenester, men ser også et potensiale for ytterligere samarbeid. Helsefellesskapet vil være en støtte for Helgelandssykehuset i arbeidet om digitalisering, og en sentral samarbeidspartner er Digitale Helgeland - et kommunalt oppgavefellesskap som forener 16 kommuner, som samarbeider om kompetanse og ressurser.

Felles rekruttering og stabilisering av fagmiljøer

Helgelandssykehuset gjennomførte våren 2024 møter med kommunene, hvor felles rekrutteringsutfordringer var en av agendapunktene. I samtlige kommuner på Helgeland ble rekruttering fremhevet som utfordrende, og det ble reist bekymringer rundt fremtidig rekruttering i de kommunene som i dag ikke opplever en like stor utfordring. En av suksessfaktorene som ble rapportert var at en hverdag med interessante arbeidsoppgaver kan være rekrutterende og stabiliserende. Særlig ble det sett som interessant å se på deling av stillinger, og tettere samarbeid om faglige utfordringer.

Kommunene og sykehuset delte øvrige erfaringer rundt rekrutteringstiltak som har blitt utprøvd, og hvilke som kan være interessante å se videre på. Enkelte kommuner har forsøkt stipend-ordninger, mentor-ordninger, trainee-ordninger, og andre etterlyser mer interessante arbeidsoppgaver, spesielt for sykepleiere. I samarbeidsmøtet mellom Helgelandssykehuset og kommunene på Sør-Helgeland våren 2024, ble partene enige om at et felles fokus på rekruttering med det formål å beholde kompetansen i regionen er mer tjenlig enn konkurranse mellom kommuner og sykehus.

Tilbudet innen psykisk helse

Et fellestrekk for hørings svarene fra kommunene ifht. Styresak 83-2024 *Tiltak som bidrar til bærekraft i Helse Nord – rapport* er en bekymring for at kapasiteten innenfor psykisk helsehjelp skal forringes, slik at pasientene skal bli lidende av å ikke få et tilstrekkelig tilbud. Hørings svarene viser til gode erfaringer med støtte fra sykehuset i form av ambulerende og integrerte tjenester. Enkelte kommuner har i samarbeid med sykehuset etablert FACT-team som anbefalt i arbeidsgruppe 5s rapport, og flere uttrykker i sine hørings svar at slike team ønskes etablert. Enkelte kommuner viser til gode fagmiljøer i kommunene som kan støttes med kompetanse fra spesialisthelsetjenesten, men det understrekes at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal ivareta de pasientene som skal ha oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Årene med pandemi og etablering av tverrfaglige team har gitt Helgelandssykehuset gode erfaringer med bruk av digitale helsetjenester på tvers av omsorgsnivåene, spesielt innenfor psykisk helse. En god samhandling rundt disse pasientene, både i forkant og etterkant av innleggelse, kan medføre en bedre og mer helhetlig tjeneste med behov for færre innleggelse for kronisk syke pasienter. Kommunene har i stor grad gitt tilbakemelding om at en akuttpost på Helgeland er ønskelig, med få unntak.

Rehabilitering

Riksrevisjonens rapport om rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten viser til manglende rehabiliteringstilbud i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Rapporten anslår at omtrent 85% av kommunene mangler lovpålagt kompetanse i rehabiliteringsfeltet, at spesialisthelsetjenesten i stor grad benytter seg av private rehabiliteringsinstitusjoner og at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene fungerer dårlig. Helgelandskommunene uttrykker i hørings svarene en felles bekymring for å selv ivareta tilbudet etter nedleggelse av Helgeland Rehabilitering på Sømna, hvor flere kommuner og også helseforetaket kjøpte tjenester. Kommunene må, for å dekke anbefalingene fra Helsedirektoratet, tilegne seg spesialisert kompetanse som det finnes liten tilgang på.

Vefsn kommune har i sitt hørings svar til *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord* vært tydelige på en bekymring om at spesialisert rehabilitering skal forskyves til kommunene, og videre en bekymring om at utviklingen av personell og økonomi ikke skal gjenspeile en slik endring. Kommunen påpeker at det er utfordrende for mindre kommuner å bygge opp robuste fagmiljøer med spesialisert kompetanse som er relevant for fagfeltet (logopedi, ergoterapi m.fl.). Som løsningsstrategi, retter kommunen i sitt hørings svar et forslag til et interkommunalt samarbeid med sykehuset om å etablere en felles organisering for rehabilitering på Helgeland.

Enkelte av kommunene viser i sine hørings svar til at en tydeligere ansvarsavklaring, med bedre koordinering og god bruk av digitale tjenester kan medføre en bedre og mer bærekraftig tjeneste for pasientene. Trekkene finnes også i nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024), som understreker at ansvarsdelingen mellom sykehus og kommune kan tydeliggjøres, og samarbeidet kan bli betydelig bedre.

Tettere samarbeid og tydeligere ansvarsforhold

Helgeland er en region med mange pågående, store piloter innenfor samhandling. Ulike tjenestemodeller forsøkes i form av Helse rom Helgeland og digital hjemmeoppfølging. For at en ny tjenestemodell skal lykkes kreves det tydelig ansvarsavklaring ved drift av nye tjenestemodeller, i form av avklaringer rundt økonomi, faglig og administrativt ansvar. Flere kommuner etterlyser forsterkning med spesialisert kompetanse i tilknytning til KAD / ØHD-tilbud, og flere andre tar til orde for å videreutvikle et intermedieært nivå med døgnenger i en integrert tjeneste mellom kommune og sykehus. Alstahaug, Brønnøy, Rana og Vefsn foreslår i sine hørings svar at Helse Nord og Helgelandssykehusets er videre på realiseringen av planer rundt etablering av intermedieære senger ved DMS-et i Brønnøysund. Dette følger Helgelandssykehuset opp med et konkret forslag om en observasjonspost i Brønnøysund.

Rana viser i sitt hørings svar også til en ønsket modell for samordning av tjenestene, sett i lys av arbeidet fra arbeidsgruppe 5.

Diagnostikk blir stadig smidigere, slik at faglige problemstillinger avklares raskere. Dette medfører at kommunene får en større del av pasientforløpet som det tidligere var forventet at spesialisthelsetjenestene skulle ivareta.

Kommunene har over lang tid etterlyst et tettere samarbeid rundt utskrivelser, slik at pasientene bedre kan ivaretas på et bedre effektivt omsorgsnivå.

Dialog med primærhelsetjenesten i Vefsn, Grane og Hattfjelldal

Helgelandssykehuset har i prosessen invitert kommunelegene i Vefsn, Grane og Hattfjelldal til møter for å kartlegge bekymringer og behov med hensyn til de vedtatte endringene i akuttberedskap ved sykehusets lokalisasjon i Mosjøen.

Sykehuset støtter i dag fastlegene og kommunene med funksjoner som kommunene anser viktig for deres drift av helsetjenestene, og alle kommunene har i samarbeidsmøtene poengtert at tilgang på laboratorietjenester og røntgen ansees som en viktig støtte for KAD / ØHD-senger i kommunene.

Samtidig er det tilsynelatende enighet blant fastlegene om at det er viktig med en klar ansvarsavklaring rundt pasienter som er avhengig av døgkontinuerlig pleie, omsorg eller behandling. Intermediære senger er således ikke av like stor interesse i dette området. Fastlegene har god erfaring med konferering med spesialisthelsetjenesten, og fremmer det som viktig at konfereringsmuligheten preges av kvalitet og tilgjengelighet, også i fremtiden. Fastlegene er videre bekymret for de kroniske pasientene som er avhengig av regelmessig behandling, og det er vist til dialysepasienter som eksempel. Det er også en bekymring for at enkelte pasienter ikke vil benytte spesialisthelsetjenester når reiseveien blir lengre.

Det er særlig interesse rundt ivaretagelse av pasienter med mistenkt hjerneslag og nærhet til CT-undersøkelse. Hjerneslag er en tidskritisk tilstand, og i møtene mellom Helgelandssykehuset og kommunene ble det enighet om at man på ny gjenoppliver prosjektgruppen for OU prehospitalet, som skal jobbe videre med kartlegging og tiltak innenfor den prehospitale samhandlingen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal.

Kommunelegene stiller seg svært positive til å etablere en akuttpost innen psykisk helse og rus.

Helsefellesskap Helgeland

Helsefellesskap Helgeland ble etablert i stiftelsesmøtet 4. mai 2023, opprettet på bakgrunn av føringene gitt i nasjonal helse- og sykehusplan 2019-2020. Helsefellesskapet er et organ for samhandling på tvers av ledelsesnivå i kommuner og sykehus, og er ett av 19 helsefellesskap opprettet for å sikre systematisk utvikling av de felles helsetjenestene. Helsefellesskapet jobber med et særskilt fokus for å ivareta de prioriterte pasientgruppene:

- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Skrøpelige eldre
- Barn og unge
- Personer med flere kroniske lidelser

I tillegg føres arbeidet av Helgelandserklæringen – Helsefellesskapets stiftelsesdokument. I Helsefellesskapet møtes kommunenes og sykehusets ledelse og fagpersoner på de ulike nivåene. Årlig møtes øverste politiske og administrative nivåer i dialog- og partnerskapsmøtene for å fornye prioriteringer og velge medlemmer til det operative organet – Strategisk samarbeidsutvalg (SSU).

Strategisk samarbeidsutvalg (SSU):

SSU består av 7 representanter fra hver part (7 fra sykehusets ledelse, og et utvalg av 7 kommunedirektører), samt. Brukerrepresentant og fastlegerepresentant. SSU, som det operative organet, oppretter Faglige samarbeidsutvalg (FSU) som er partssammensatte grupper med relevante fagrepresentanter oppnevnt av den enkelte part, som skal løse gitte utfordringer. Helsefellesskapet har opprettet 6 FSUer:

- FSU Digitale helsetjenester og e-helseløsninger
- FSU Utdanning, rekruttering og stabilisering
- FSU pakkeforløp hjem
- FSU Tjenesteavtaler

- FSU Akuttmedisinsk samarbeid
- FSU Rehabilitering

Helsefellesskap Helgeland har nå vært i drift i ett og et halvt år, og samarbeidsformen har blitt godt forankret i kommuner og sykehus. Det strukturerte arbeidet i Helsefellesskapet preges av gjensidig tro på arbeidet, og enkelte av de faglige samarbeidsutvalgene har allerede levert løsninger til strategisk samarbeidsutvalg.

Siden oppstarten av Helsefellesskap Helgeland, har Helgelandssykehuset og kommunene en gjensidig oppfatning om at felles tjenesteutvikling har blitt mer organisert og forpliktende.

Helsefellesskapets rolle i fremtidens samhandling

Helgelandssykehuset og Helgelandskommunene har fått erfaring med arbeidet i Helsefellesskap Helgeland. Det er en bilateral tro på at arbeidet vil gi resultater, og flere av de viktige utfordringene som kommunene og sykehuset har uttalt seg om, er allerede under utredning hos de faglige samarbeidsutvalgene som nå har blitt opprettet.

Helsefellesskapet fikk i 2024 overført 5 millioner kroner for å styrke samhandlingen med kommunene, i form av tilskudd for samhandling og rekruttering. Tildelingen ble gjort i tråd med Helsefellesskapets handlingsplan og satsninger, og et unisont SSU gav i sak 19-2024 tilslutning til å tildele midlene i sin helhet til Digital Hjemmeoppfølging Helgeland, som har medført at prosjektets neste fase har kunne blitt iverksatt tidligere.

Helgelandssykehuset og Helgelandskommunene følger prosjektet videre i Helsefellesskapet.

Brukerne

Helgelandssykehuset har et svært aktivt og engasjert brukerutvalg som deltar i mange innovasjons- og forskningsprosjekter, og i tjenesteutviklingen.

Sykehuset retter en stor takk til brukermedvirkerne som har deltatt aktivt i prosessen, og som har viet mye av sin tid til å medvirke på vegne av pasientene og brukerne på Helgeland.

Helgelandssykehusets strategi har vært å involvere brukerne tidlig, og allerede i endrings- og omstillingsprosessen i Helse Nord startet administrasjonen med jevnlig informasjon og diskusjon med det samlede brukerutvalget. Administrerende direktør har i møtene satt av én av timene til å ha dialog om prosessen og utfordringsbildet, og tatt brukerutvalgets innspill til følge. Brukerne har gitt aktive bidrag og har selv vært med på å forme fremtidens sykehus på Helgeland, både i form av å avlevere høringsvar til *Tiltak som bidrar til bærekraft i Helse Nord*, og nå også i funksjons- og oppgavefordelingsprosessen på Helgeland. Det er brukerne som kjenner Helgeland best, og brukerne et sykehus finnes for. Utvalget har derfor vært en svært viktig rådgiver for administrasjonen og ledelsen i Helgelandssykehuset.

Brukerne har i stor grad formet de prioriteringene som ligger til grunn i Helgelandssykehusets nåværende og videre arbeid. Deres fokus på rehabilitering har satt søkelys på et nasjonalt forsømt fagfelt, både i sykehus og kommuner, og har direkte bidratt til opprettelsen av et faglig samarbeidsutvalg for rehabilitering som i disse dager jobber med fremtidens rehabilitering på Helgeland. Brukerutvalget har gitt støtte for etablering av en akuttpost ved Helgelandssykehuset, og ønsker å se at et slikt initiativ gjennomføres.

Tilbakemeldingene fra brukerutvalgsmedlemmene har vært at prosessen tidlig ble opplevd som krevende og de faglige usikkerhetene vakte en del frustrasjon og frykt. I løpet av arbeidet med funksjons- og oppgavefordelingen har brukerutvalget gitt tilbakemelding om at disse bekymringene gradvis har blitt mindre etter hvert som sakene har blitt bedre belyst, og at fagpersoner fra de ulike lokasjonene samarbeider bedre. For brukerne er det tillitsvekkende at Helgelandssykehuset jobber som ett sykehus, uavhengig av lokasjon og fagmiljø.

Ungdommene

Helgelandssykehuset har i år etablert et ungdomsråd etter flere år med rekrutteringsvansker. Ungdommene som nå stiller til rådet, er engasjerte, dyktige og bidrar med et svært viktig perspektiv i sykehusdriften.

Helgelandssykehuset har ikke et døgntilbud spesielt rettet mot barn og ungdom i somatikk, men behandler mange barn og unge innenfor fagfelter i somatikk og psykisk helse, både ved akutte innleggelser og ved poliklinisk kontakt. I tillegg er barn som pårørende en viktig gruppe som skal ivaretas i spesialisthelsetjenesten, og ungdomsrådet har bidratt til et fokus på disse viktige pasient- og pårørende gruppene.

Ungdommene har vært opptatte av pasientopplevelsen og de utfordringene som unge møter i sykehus. De er opptatte av å bli tatt på alvor og å ha omgivelser som fremmer trygghet og en følelse av at de ivaretas. Særlig har sykehusenes lokaler fått tilbakemelding for å være dårlig tilpasset ungdommer, med kjedelige omgivelser og få aktiviteter på venterom.

Ungdommene har i sine innspill fremmet åpenhet og kommunikasjon med befolkningen, og foreslått kanaler for hvordan ungdom kan nås og motta informasjon. Det viktigste for ungdommene har ikke vært den korteste reiseveien til sykehus, men tilgjengeligheten og muligheten for digital deltakelse i den grad det er mulig. God kommunikasjon - både innad og utad – har blitt nevnt ofte.