



Helgelandssykehuset 2025

«Et godt fremtidig sykehusstilbud for  
innbyggerne på Helgeland»

Dialogkonferanse 3. desember 2018

# Ressursgruppens sammensetning

- Arne Ketil Hafstad - tidligere leder av regionalt brukerutvalg Helse Nord RHF
- Liv Haugen – seniorrådgiver medisin, sykehusplanlegger, Sykehusbygg HF
- Tor Medalen - professor, Institutt for arkitektur og planlegging, NTNU
- Andreas Moan – prosjektdirektør, Helse Sør-Øst RHF, lege og PhD
- Aud Tennøy - forskningsleder, Transportøkonomisk institutt, siv. ing. og PhD
- Geir Tollåli - fagdirektør, Helse Nord RHF, spesialist i gastroenterologi
- Helge Torgersen - director, Deloitte, spesialist i anesthesiologi, bedriftsøkonom BI (leder av gruppen)
- Brynjulf Ystgaard - overlege, spesialist i gastroenterologisk kirurgi, gastrokirurgisk avdeling, St. Olavs Hospital HF

Ulrich Spreng, director, Deloitte, spesialist i anesthesiologi, PhD, har hatt rollen som innleid prosessveileder/prosjektstøtte.

# Forskningsmessig grunnlag – ikke alltid mulig

- Kan man være trygg på småsykehus?

«Det er et blindspor å lete etter et forskningsmessig grunnlag for at akuttkirurgi ved småsykehus er livreddende. Vi må vente i 35 år for å ha nok pasienter til å trekke en konklusjon om effekten av akuttkirurgi ved småsykehus.»

- Professor emeritus Ivar Sønbo Kristiansen, avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo
- Kristiansen er lege, spesialist i samfunnsmedisin, tidligere distriktslege og fylkeslege

# Forenkle – ikke problematisere

- Den eksterne ressursgruppen skal oppnå effektmålet og resultatmålene ved å bruke sine erfaringer, faglige kunnskap og kompetanse i de vurderingene som skal gjøres.
- Ressursgruppens arbeid er basert på relevant informasjon fra tidligere faser i prosjektet, fra andre relevante prosjekter og fra Nasjonal helse- og sykehusplan.
- Ressursgruppen skal basere arbeidet sitt på bakgrunnen som er beskrevet i denne prosjektplanen og på utredninger som allerede er utført eller bestilt eller som gruppen ser behov for å få utført.
- Lokale ressurser vil være tilgjengelig i faglige spørsmål, inkludert transport og tilgjengelighet.

# Rapporten: Kapittel 1-4

## 1. Innledning

- 1.1 Bakgrunn
- 1.2 Ressursgruppens oppgave
- 1.3 Ressursgruppens sammensetning

## 2. Sentrale utviklingstrekk og utfordringer

## 3. Nasjonal helse- og sykehusplan og Helgelandssykehuset

- 3.1 Om befolkningsgrunnlag
- 3.2 Konsekvenser for Helgelandssykehuset

## 4. Transportutfordringer

- 4.1 Forventet utvikling av det prehospitalt tilbudet
- 4.2 Transporttider i akutte situasjoner
- 4.3 Planlagte pasientreiser og besøksreiser
- 4.4 Arbeidsreiser for ansatte

# Rapporten: Kapittel 5-9

5. Hvordan lokalisering kan påvirke rekruttering
  - 5.1 Innledning
  - 5.2 Lokalisering i kommunene Leirfjord og Hemnes
  - 5.3 Lokalisering i byene Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen
  - 5.4 Hvordan lokalisering kan påvirke rekruttering – samlet vurdering
  
6. Ressursgruppens forslag til løsning
  - 6.1 Etablering av ett eller to akuttpsykehus?
  - 6.2 Lokalisering av det store akuttpsykehuset
  - 6.3 Utvikling av den desentrale spesialisthelsetjenesten
  - 6.4 Styrking av det prehospitale tilbudet
  
7. Sammendrag
8. Referanser
9. Vedlegg

# Rapporten: Kapittel 1 og 2

## 1. Innledning

- 1.1 Bakgrunn
- 1.2 Ressursgruppens oppgave
- 1.3 Ressursgruppens sammensetning

## 2. Sentrale utviklingstrekk og utfordringer

## 3. Nasjonal helse- og sykehusplan og Helgelandssykehuset

- 3.1 Om befolkningsgrunnlag
- 3.2 Konsekvenser for Helgelandssykehuset

## 4. Transportutfordringer

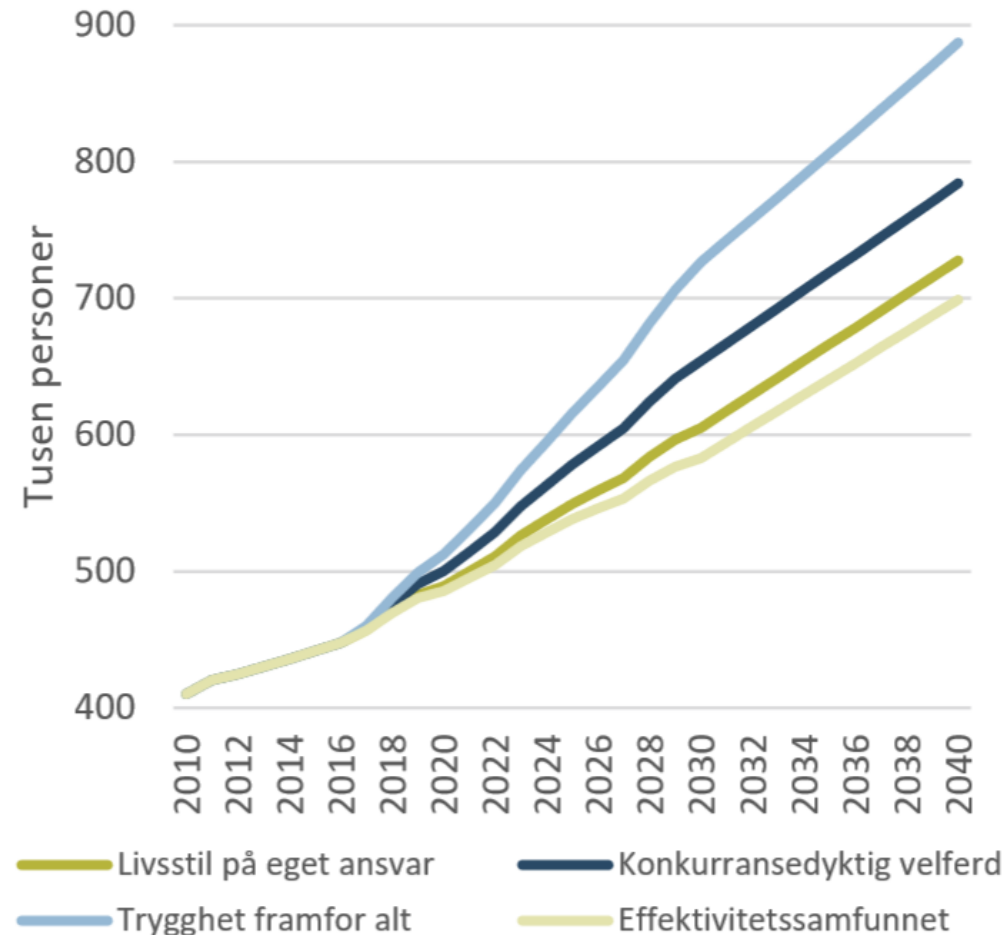
- 4.1 Forventet utvikling av det prehospitalt tilbudet
- 4.2 Transporttider i akutte situasjoner
- 4.3 Planlagte pasientreiser og besøksreiser
- 4.4 Arbeidsreiser for ansatte

# Innledning

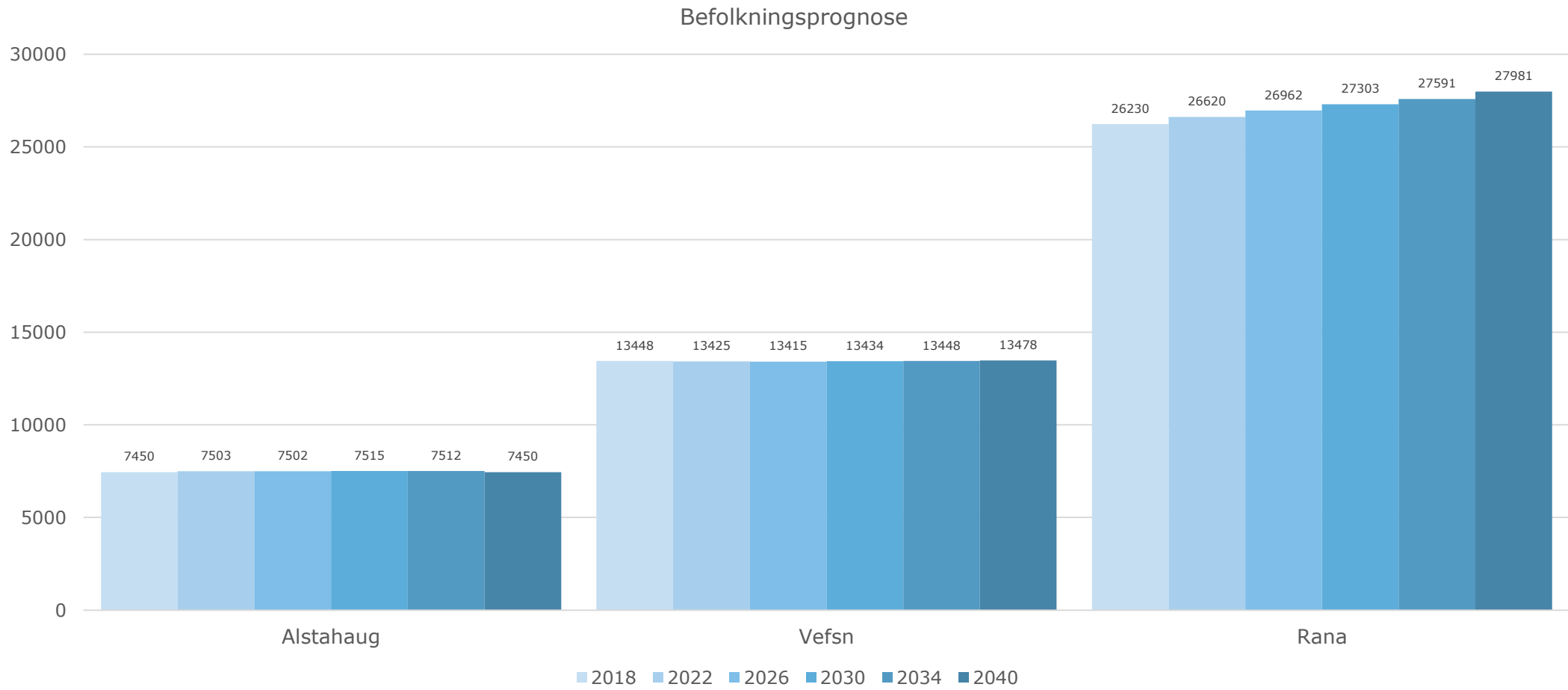
- I oppdragsdokumentet 2013 fikk Helgelandssykehuset HF følgende oppdrag:  
*Helgelandssykehuset skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste på Helgeland, i samarbeid med kommunene, samt styrke forskning, fagutvikling og utdanning.*
- Styret i Helse Nord RHF besluttet i september 2016 at følgende alternativ skulle legges til grunn for utredningen av sykehusstrukturen på Helgeland:  
*0-alternativet (dagens løsning)*  
*Alternativ 2a - Stort akuttsykehus med inntil tre DMS*  
*Alternativ 2b-1 Stort akuttsykehus i kombinasjon med ett akuttsykehus og inntil to DMS*
- Styret presiserer at de helsefaglige kriteriene er viktigst.



# Etterspørselen etter sysselsatte innen helse- og omsorgsykker (alle fagutdanninger)



# Befolkningsprognoser for dagens vertskommuner for sykehusene. Fremskrevet til 2040 (MMMM)



# Forholdet mellom yrkesaktive og pensjonister for foretakene i Nord-Norge

År	2018		2025		2030		2035	
Måltall	Forsørg- erbrøk	Justert forsørger -brøk	Forsørg- erbrøk	Justert forsørger -brøk	Forsørg- erbrøk	Justert forsørger -brøk	Forsørg- erbrøk	Justert forsørger -brøk
<i>Foretak</i>								
<i>Finnmark</i>	4,03	2,48	3,35	2,18	3,01	2,01	2,66	1,83
<i>Troms og Ofoten</i>	3,86	2,36	3,20	2,07	2,89	1,92	2,61	1,77
<i>Nordlandssykehus-området</i>	3,56	2,19	3,00	1,94	2,73	1,81	2,46	1,67
<i>Helgeland</i>	3,27	1,91	2,80	1,72	2,51	1,59	2,27	1,48
<i>Nord-Norge</i>	3,69	2,25	3,09	1,98	2,80	1,84	2,51	1,70
<i>Norge</i>	4,13	2,63	3,57	2,36	3,24	2,20	2,93	2,04

Regionalt samarbeidsutvalg Helse Nord/KS januar 2018:

«Regionalt samarbeidsutvalg ser det som viktig at disse analysene vektlegges tungt i pågående planarbeid, både i kommunene, i spesialisthelsetjenestene og i samhandlingen mellom nivåene»

# Rapporten: Kapittel 3

## 1. Innledning

- 1.1 Bakgrunn
- 1.2 Ressursgruppens oppgave
- 1.3 Ressursgruppens sammensetning

## 2. Sentrale utviklingstrekk og utfordringer

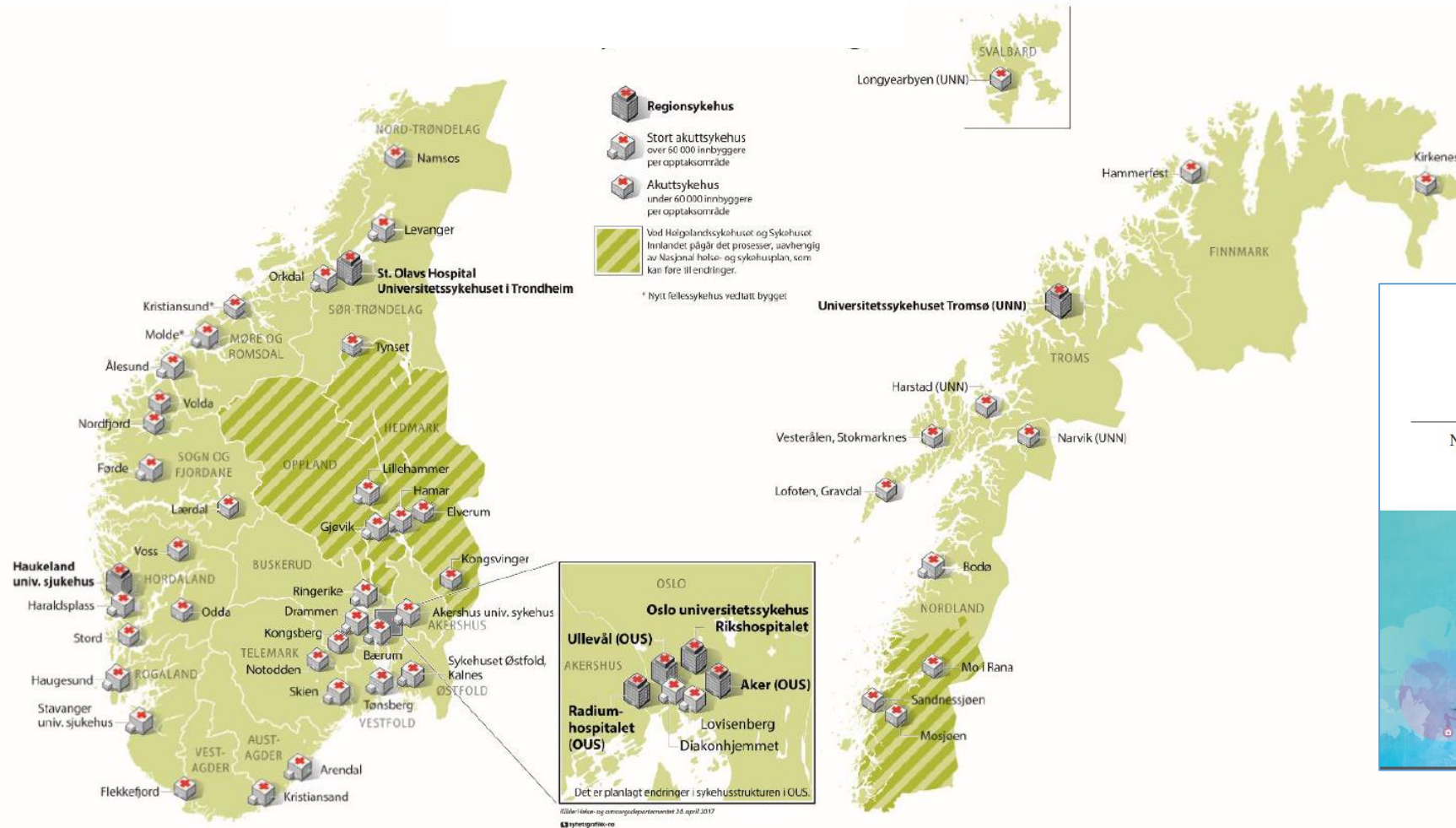
## 3. Nasjonal helse- og sykehusplan og Helgelandssykehuset

- 3.1 Om befolkningsgrunnlag
- 3.2 Konsekvenser for Helgelandssykehuset

## 4. Transportutfordringer

- 4.1 Forventet utvikling av det prehospitalt tilbudet
- 4.2 Transporttider i akutte situasjoner
- 4.3 Planlagte pasientreiser og besøksreiser
- 4.4 Arbeidsreiser for ansatte

# Akuttsykehus i Norge



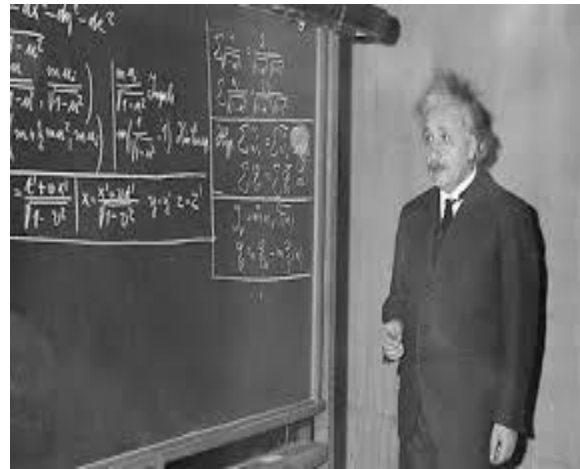
DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

**Meld. St. 11**  
(2015–2016)  
Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og sykehusplan  
(2016–2019)

# Seks sentrale lærdommer fra Nasjonal helse- og sykehusplan

1



3



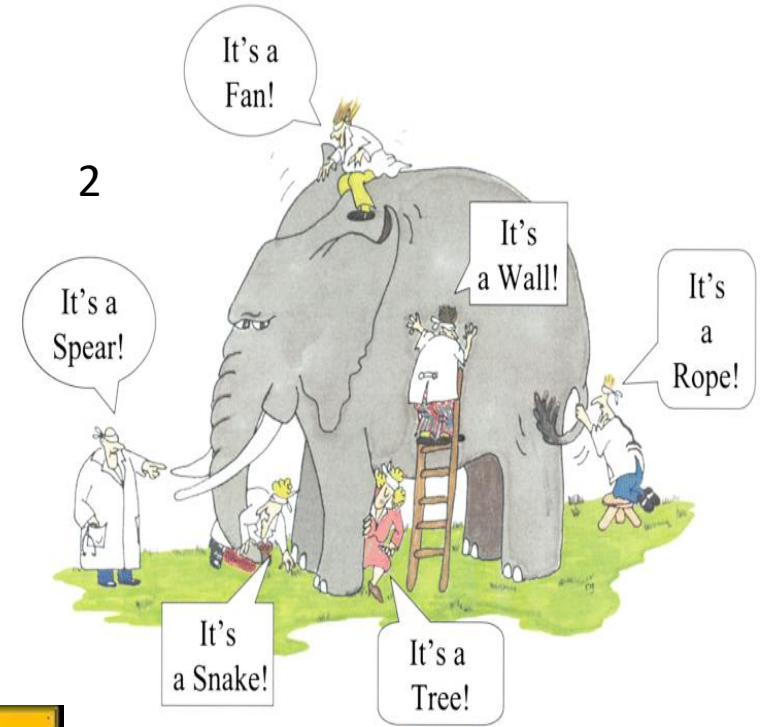
4



5



2

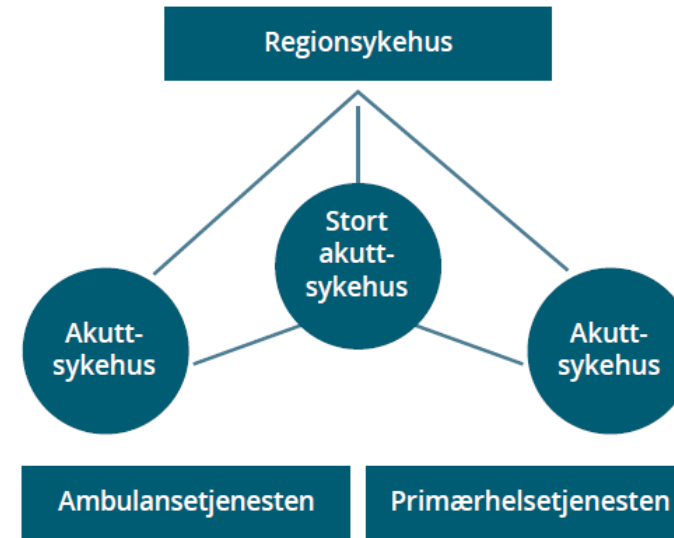


6





## Sykehus i team



- **Regionsykehuset** er hovedsykehuset i helseregionen: Universitets-sykehuset i Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland universitets-sykehus og Oslo universitetssykehus
- **Stort akutt-sykehus** har et befolkningsgrunnlag på minst 60-80 000 innbyggere og et bredt tilbud innen akuttkirurgi og andre medisinske spesialiteter
- **Akutt-sykehus** skal minst ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt-, og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig
- **Sykehus uten akutfunksjoner** (elektive sykehus)

# Størrelsen på opptaksområdet

## 12.7 Veiledende grenser for opptaksområder

Begge de faglige rådgivingsgruppene anbefalte en nedre grense for opptaksområde for akutt kirurgi på 80–100 000 innbyggere. Anbefalingene var basert på det en vet om forholdet mellom volum og kvalitet, kunnskap om den faktiske akuttkirurgiske aktiviteten på sykehus av ulik størrelse, og på ekspertgruppemedlemmenes egne erfaringer. Internasjonal litteratur<sup>4</sup> antyder at et sykehus bør ha et sengetall på rundt 200 for kunne tilby den kjernen av tjenester som karakteriserer et akutt-

sykehus. I Norge har vi 2,1 somatiske senger per 1 000 innbyggere. 200 senger tilsvarer derfor et opptaksområde på rundt 100 000.

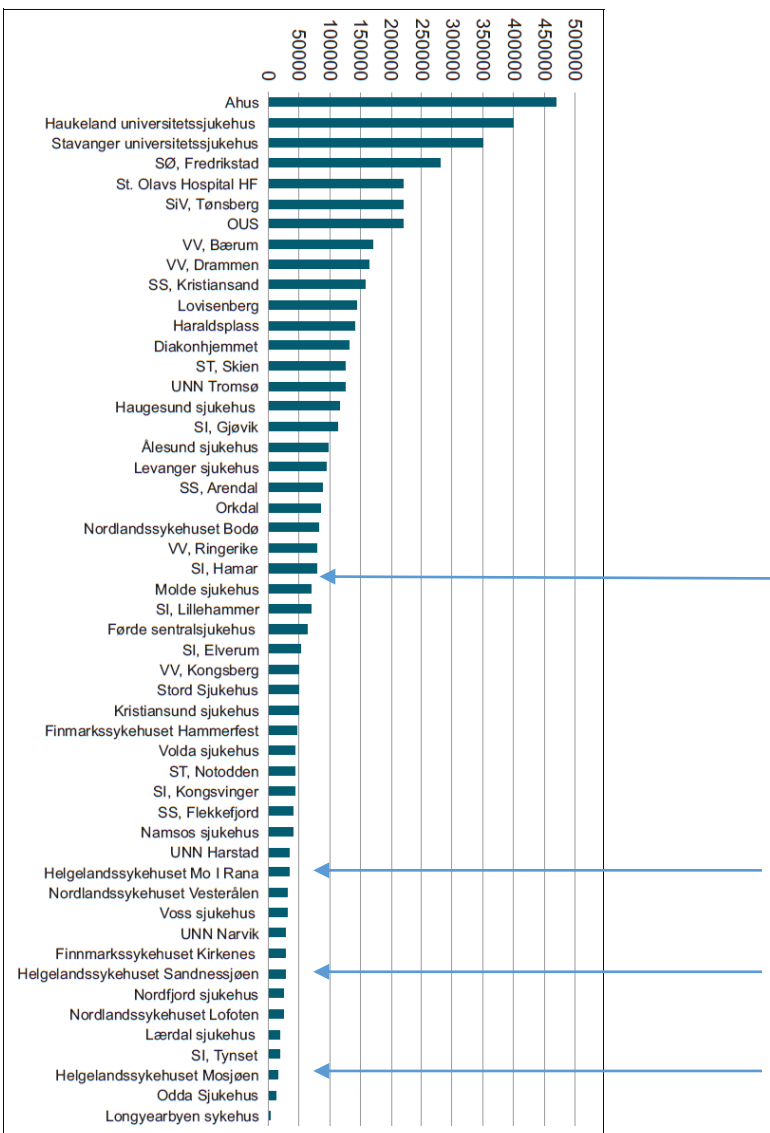
En nedre grense for opptaksområde for akuttkirurgi på 100 000 innbyggere vil berøre svært mange norske sykehus (35 av 51 akuttsykehus). Regjeringen foreslår, med bakgrunn i dagens sykehusstruktur og organiseringen av helseforetakene, en veiledende nedre grense for akuttkirurgi på 60–80 000 innbyggere, og at dette tas inn som en føring i arbeidet med helseforetakenes utviklingsplaner. Før det tas beslutninger om akutttilbudet på det enkelte sykehus, må det gjøres en totalvurdering der også faktorer som geografi og bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold må tillegges stor vekt. Kommunene i opptaksområdet må høres i en slik prosess.



# 100 000 er et forsiktig tall....

Sykehuset Innlandet Sykehusfunksjoner Somatikk 2040	Anbefaling befolknings- grunnlag, Minimum	Sykehuset Innlandet Sykehusfunksjoner Somatikk 2040	Anbefaling befolknings- grunnlag, Minimum	Sykehuset Innlandet Sykehusfunksjoner Somatikk 2040	Anbefaling befolknings- grunnlag, Minimum
Intensiv		Indremedisin basis <sup>149</sup>	100 000 200 000	Gynekologi, obstetrikk <sup>154</sup>	350 000
		Indremedisin spesial <sup>149</sup>	200 000		
		Kardiologi			
Akuttmottak <sup>148</sup>		Lungemedisin basis <sup>151</sup>	250 000 500 000	Pediatri <sup>155</sup>	150 000
		Lungemedisin spesial		Nyfødtintensiv	
		Nevrologi <sup>149</sup>	250 000 400 000		
Kirurgi (Gaskir.) <sup>149</sup>	300 000 500 000	Revmatologi <sup>149</sup>	200 000	ØNH <sup>156</sup>	200 000 250 000
Ortopedi/revmakir <sup>149</sup>	300 000 500 000	Nefrologi med dialyse <sup>149</sup>	200 000 500 000	Øye <sup>157</sup>	500 000
Karkirurgi*		Onkologi/hematologi <sup>152</sup>	500 000	Billediagnostikk	
Mamma/ endokrinkir.*				Habilitering og rehabilitering	
Urologi*		Geriatrici <sup>153</sup>	100 000 300 000		
Kreftkirurgi alle <sup>150</sup>	200 000	Gastroenterologi*		Psykisk helsevern og rus	
Kreftkirurgi colon <sup>150</sup>	100 000	Endokrinologi*			

Hentet fra Sykehuset Innlandets idfase

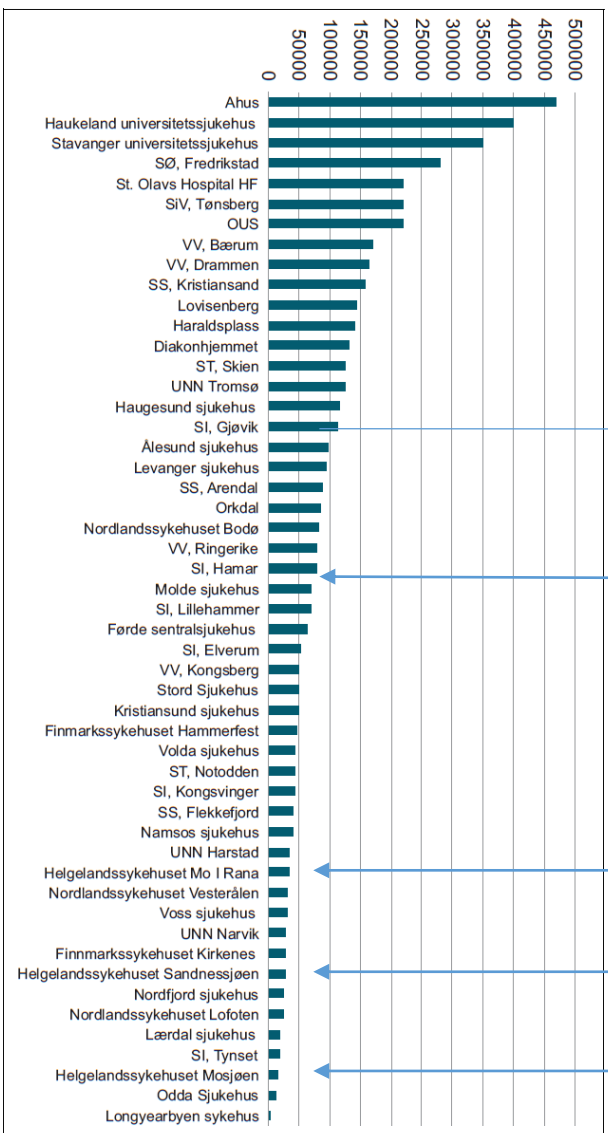


Helgelands-  
sykehuset

Figur 12.1 Befolkningsgrunnlag somatiske akuttssykehus 2015

Tallene beskriver hvor mange mennesker som har aktuell sykehus som sitt lokalsykehus. Tallene vil variere etter hvordan sykehusene har delt ulike funksjoner mellom seg

Kilder: Regionale helseforetak

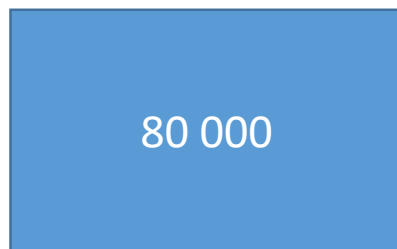


100 000

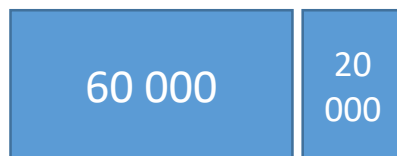
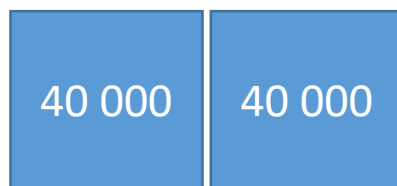
Helgelandssykehuset

Figur 12.1 Befolkningsgrunnlag somatiske akutt sykehus 2015  
 Tallene beskriver hvor mange mennesker som har aktuell sykehus som sitt lokalsykehus. Tallene vil variere etter hvordan sykehusene har delt ulike funksjoner mellom seg  
 Kilder: Regionale helseforetak

# Befolkningsgrunnlag Helgeland



Et forholdsvis lite sykehus - så lite at man må vurdere om det skal ha akuttkirurgi



To veldig små sykehus – ikke store nok til å skape et faglig tyngdepunkt?

Ressursgruppens vurdering er at befolkningsgrunnlaget på Helgeland tilsier at foretaket kun skal ha ett stort akutt sykehus. Ethvert forsøk på å splitte opp dette vil gjøre både rekruttering og utvikling av gode behandlingstilbud vanskelig. Ressursgruppen vil imidlertid vurdere om geografi, bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester samt værforhold, likevel gjør en slik oppsplitting nødvendig.

# Akuttmottakene er i ferd med å flytte ut

Sykehusstruktur og ambulansetjenester må ses i sammenheng. Dersom det skal gjøres endringer akuttberedskapen ved sykehus, må det samtidig gjøres en gjennomgang og styrking av bil-, båt- og luftambulansetjenesten slik at den har nødvendig kapasitet, kompetanse, utstyr og tilgjengelighet til å kunne håndtere at flere pasienter må stabiliseres lokalt og transporteres videre til annet sykehus. Dette må tas inn som en føring for helseforetakenes utviklingsplaner.

- Distriktsmedisinske sentre
- Ambulansene



Figur 13.1 Ambulansetjenesten ved Helgelandsykehuset  
Foto: Trond W. Svendsen, Helgelandsykehuset.

samarbeid med andre. For pasienter som har behov for båretransport, uten at det er behov for utstyr til overvåking og behandling, har flere helseforetak innført biler som er bemannet med helsepersonell, men som ikke er utstyrt som fullverdige ambulanser. Helseforetakene har også etablert helseekspresser og kjørekontorer for bedre koordinering og samling av transportere. Hensikten er å minske presset slik at akuttambulanser prioriteres til de riktige oppdragene.

Stadig flere utrykninger er til pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. I Bergen, Stavanger og Sykehuset Innlandet er det etablert en spesialisert psykiatriambulansetjeneste. I Oslo og Trondheim har ambulansarbeidere fått tilleggsideutdanning for å gi et bedre tilbud til disse pasientene. I 2014 ble de regionale helseforetakene gitt i oppdrag å etablere prosjekter for transporttilbud for psykisk syke.

Båt er et egnet og nødvendig transportmiddel for å gi befolkningen tilbud om helsehjelp enkelte steder. Båtambulansetjenesten er mest utbredt i Helse Nord, og båtene blir benyttet i kombinasjon med andre funksjoner, særlig legevakt og syke-transport.

#### Utdanning og kompetanse

Det har skjedd en betydelig kompetanseheving i ambulansetjenesten. Akuttmedisinforskriften slår

fast at ambulanser skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én skal ha autorisasjon som ambulansarbeider. Den andre personen skal ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell og nødvendig helsefaglig kompetanse. Ved transport av pasienter som har behov for behandling eller overvåking, skal det vurderes behov for ytterligere personell ut fra oppdragets art.

Ambulansetjenesten i videregående opplæring og ambulansetjenesten som yrkeskategori utgjør fortsatt grunnmuren i tjenesten, men det er behov for ytterligere kompetanseheving. Helseforetakene har satset tungt på videre- og etterutdanning av ambulansetjenestepersonell, og det samarbeides med flere høyskoler som har etablert videreutdanningsutbud for ambulansetjenestepersonell. Det er foretatt å etablere nasjonale pilotprosjekter for utprøving av bachelorutdanning i paramedic.

#### Luftambulansetjenesten

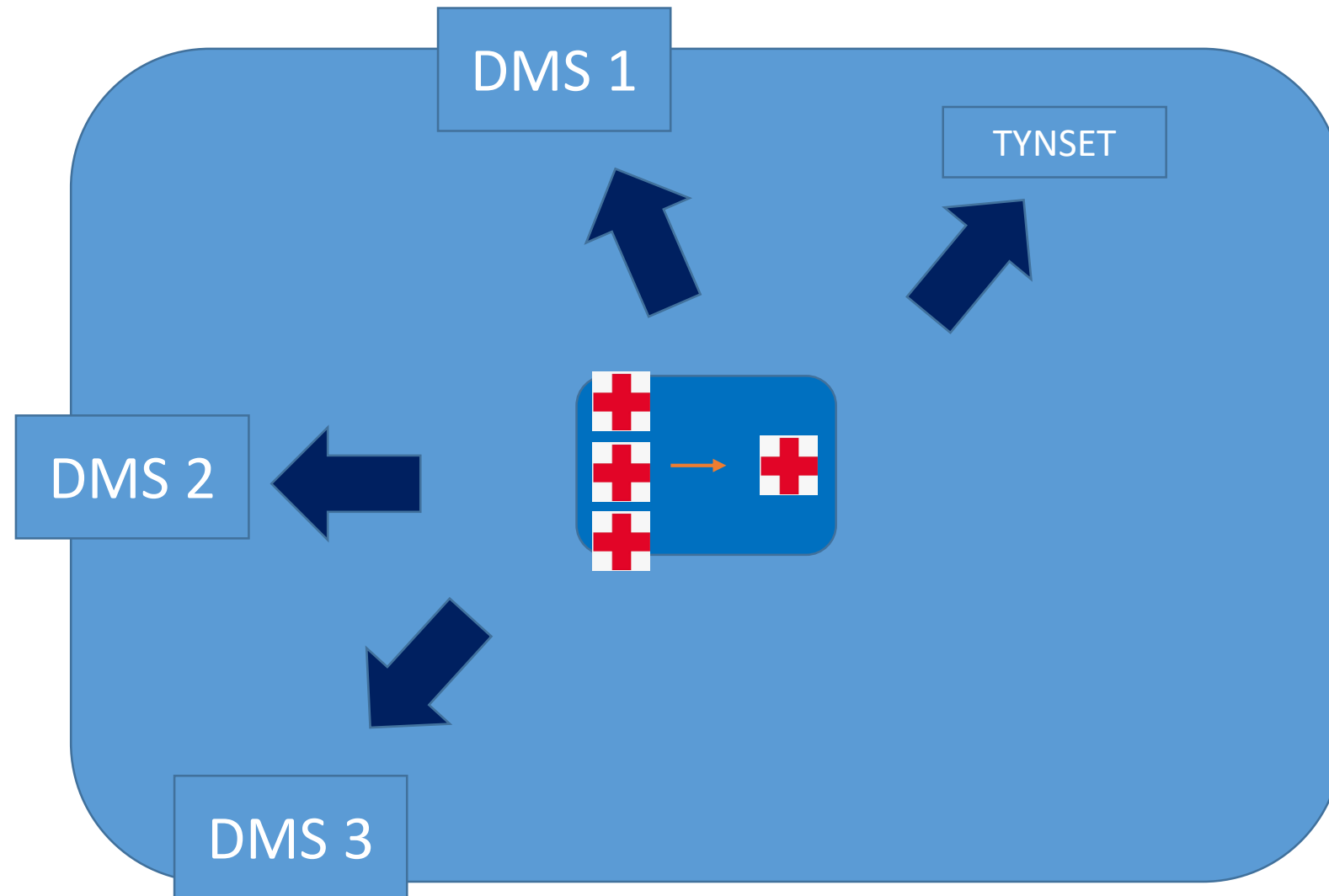
Luftambulansetjenesten er viktig for beredskap, effektiv behandling og transport ved akutt sykdom eller skade. Tjenesten skal bidra til at pasientene skal få moderne behandlingstilbud ved tidskritiske tilstander selv om det er lang avstand til aktuelt sykehus.

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2015 (Prop. 1 S (2014 – 2015)) hadde helse- og omsorgskomiteen følgende merke:



Figur 13.2 Ambulansetjenesten ved Helgelandsykehuset  
Foto: Trond W. Svendsen, Helgelandsykehuset.

# Hvordan tenker de i Sykehuset Innlandet? Kraft til å desentralisere



Færre vaktlag= større kraft

70% av poliklinikk,  
dagbehandling, dagkirurgi,  
elektivt kan foregå utenfor.

Minst 10 senger per DMS i  
samarbeid med kommune-  
helsetjenestene

# I 2035 foregår minst 20% av poliklinikkbesøkene uten at pasienten møter opp på sykehuset

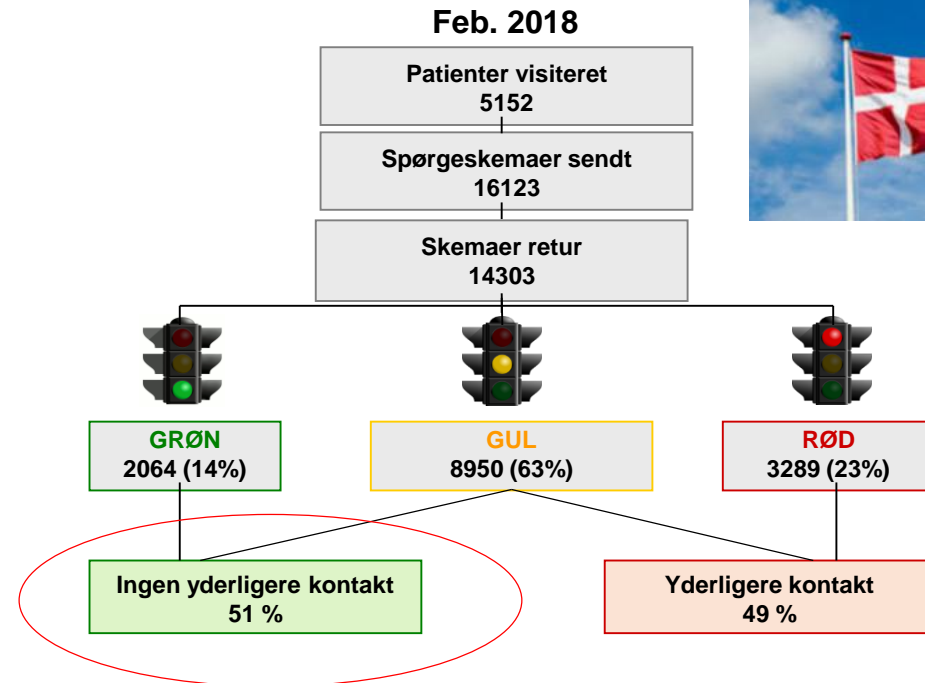
## VIDEOKONSULTASJON



Foto: Sunnaas HF

11% av besøkene  
85% billigere

## BRUKERSTYRING



# Videobasert akuttmedisinsk konferanse



Men hvorfor bare akutt?

Hvem bør lede an?



# Oppsummert

- Befolkningsgrunnlag er lite - men gitt geografi og vær er det åpenbart at det må være sykehus på Helgeland
- 80 000 innbyggere gir ikke rom for mer enn et faglig robust sykehus
- Utviklingen peker mot desentralisering eller egentlig pasientsentrering
  - Akuttmottakene ut i ambulansene
  - Stor aktivitet utenom sykehuset
- Gode desentrale spesialisthelsetjenester krever både et faglig tyngdepunkt og nok fagfolk

# Rapporten: Kapittel 4.1-4.3

## 1. Innledning

- 1.1 Bakgrunn
- 1.2 Ressursgruppens oppgave
- 1.3 Ressursgruppens sammensetning

## 2. Sentrale utviklingstrekk og utfordringer

## 3. Nasjonal helse- og sykehusplan og Helgelandssykehuset

- 3.1 Om befolkningsgrunnlag
- 3.2 Konsekvenser for Helgelandssykehuset

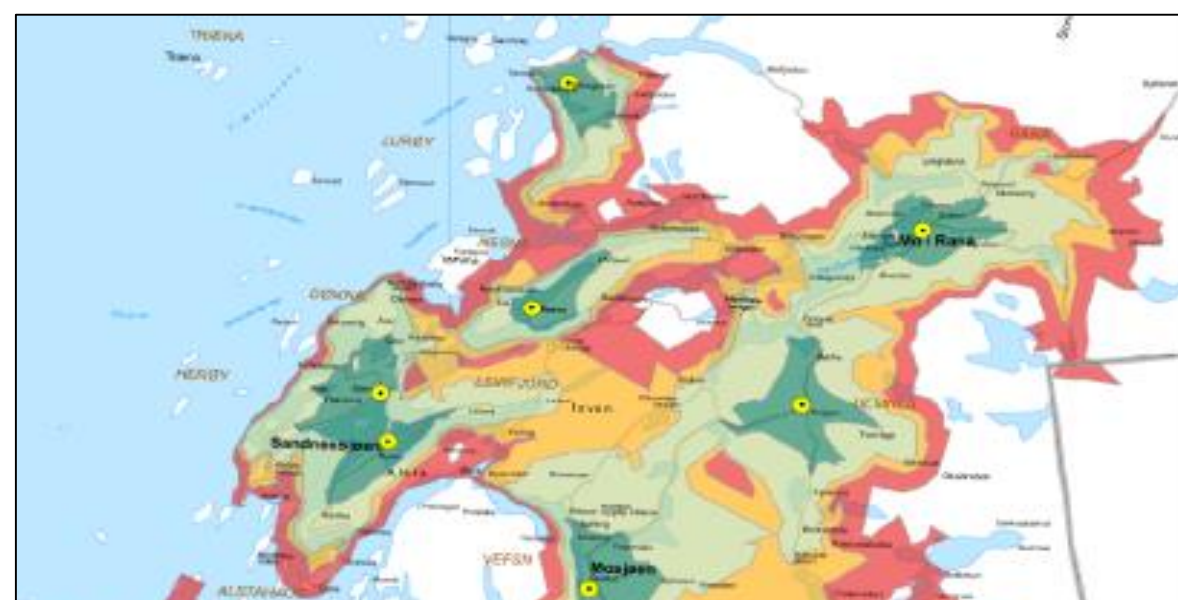
## 4. Transportutfordringer

- 4.1 Forventet utvikling av det prehospitalt tilbudet
- 4.2 Transporttider i akutte situasjoner
- 4.3 Planlagte pasientreiser og besøksreiser
- 4.4 Arbeidsreiser for ansatte

# Prehospitale tjenester på Helgeland



# Responstider



Dagens geografiske fordeling av ambulansestasjoner på Helgeland oppfyller de nasjonale kravene for responstid



**Plassering Ambulansebil Helgeland**  
Dagens plassering

Beregnet plassering  
Ambulansebil

**Dekningsområder**  
12 minutter  
25 minutter  
30 minutter  
40 minutter

**Andel som nås innenfor responstid**  
Teltstid 12 min: 99 %  
Teltstid 30 min: 100 %  
Grenstid 25 min: 87 %  
Grenstid 40 min: 98 %

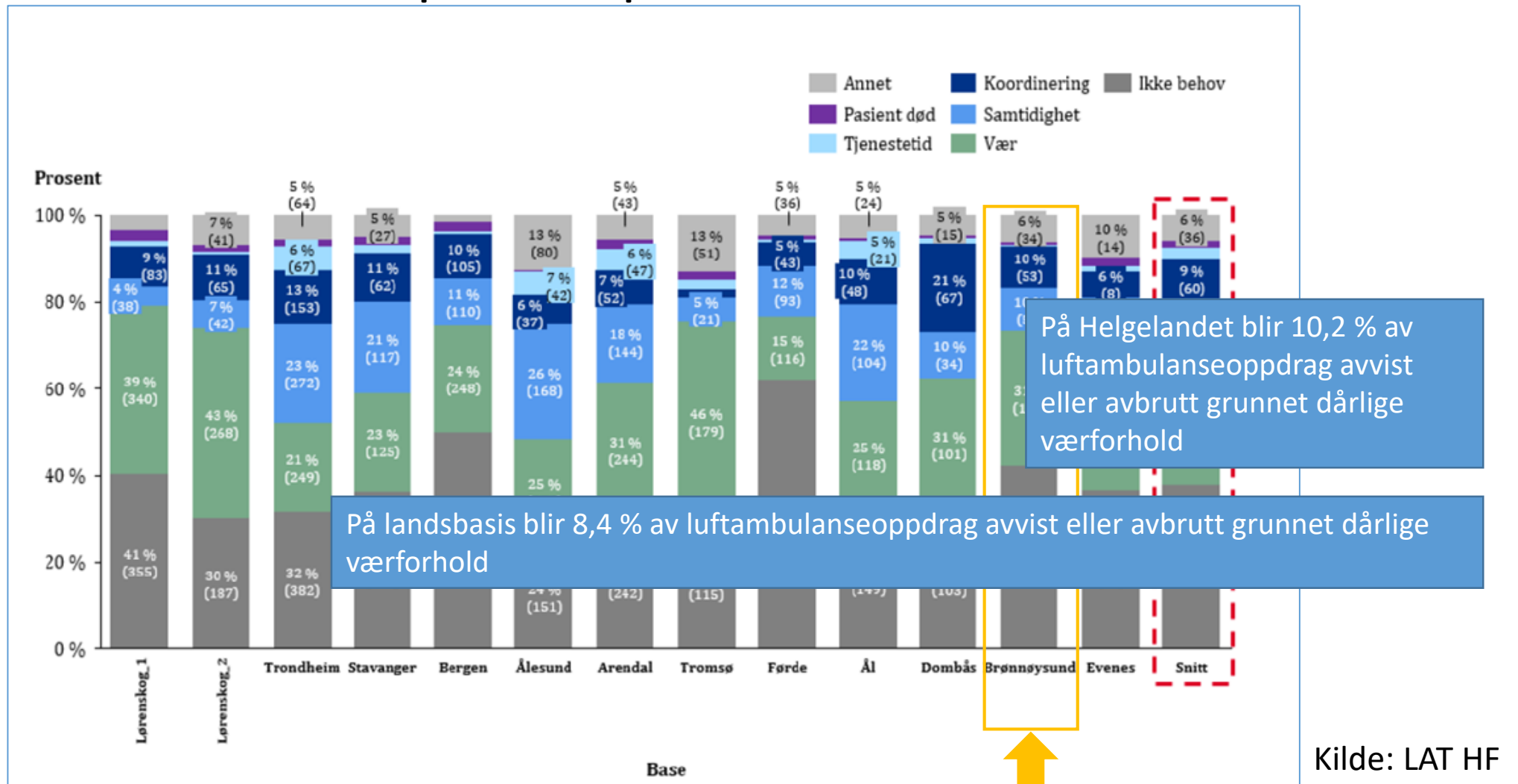
# Luftambulanse

- Luftambulansetjenesten HF (LAT HF) eies av de fire regionale helseforetakene og har det overordnede ansvaret for all luftambulanse i Norge
- Luftambulanseoppdrag på Helgeland utføres primært av
  - Ambulansehelikopter med base i Brønnøysund
  - Sea King redningshelikopter med base i Bodø (330 skvadron)
  - Ambulansefly med baser i Brønnøysund og Bodø

# Helikoptertjeneste

- Ambulansehelikopteret i Brønnøysund er døgnbemannet med anestesilege og redningsmann i tillegg til piloten.
- Helikopteret brukes hovedsakelig til akuttoppdrag.
- Helikopteret har de siste årene hatt en ganske stabil oppdragsmengde med 350 – 400 gjennomførte oppdrag årlig.
- Brønnøysundhelikopterets innsatsområde er hele Helgeland og tilgrensende kommuner.
- Basen i Brønnøysund disponerer også en bil som kan bemannes med anestesilege og redningsmann når været ikke tillater helikopterflyving.

# Årsaker til avviste oppdrag med ambulanshelikopter i perioden 2014-2016



# Helikoptertjeneste og værforhold

- Norsk Luftambulans AS driver forskning og utvikling for å redusere innflytelsen av værforhold på gjennomføringen av luftambulansoppdrag
  - HemsWX: Kamerabokser er utplassert på strategiske lokasjoner rundt om i Norge og har gitt et mye bedre situasjonsbilde av været.
  - PinS ("Point-in-Space«): GPS basert innflygingsprosedyre
  - Fast rutenett som utnytter potensialet for instrumentflyging mellom sykehus og luftambulansebaser med helikopter.

Instrumentflyging med helikopter uten avisning vil etter NLA AS sitt syn ha vesentlig effekt på gjennomføringen av luftambulansoppdrag på Helgeland



# Helikoptertjeneste og værforhold

- Helikoptrene i luftambulansetjenesten er per i dag ikke sertifisert for å kunne fly i isingsforhold.
- Store deler av året begrenser det dermed i hvilke høyder man kan fly inne i skyer med helikoptrene, noe som er en spesiell utfordring for innlandet
- Nye redningshelikoptre av typen AW101 som skal innføres i Bodø fra 2021 er imidlertid utstyrt med avisingsutstyr som gjør flyvning i kalde temperaturer mulig

Med avisingsutstyr vil man med helikopter etter NLA AS sin vurdering kunne ha samme regularitet i isingsforhold som fly har

# Sykehusstruktur og prehospitale tjenester

- Sykehusstruktur og plassering av sykehus har ingen innflytelse på tiden som helikopter trenger for å nå frem til en pasient (responstid).
- Plassering av helikopterbase har derimot innflytelse på responstid.
- Oppdrag som ikke kan utføres grunnet værforholdene skyldes oftest værforholdene der pasienten skal hentes.
- Om værforholdene ved et sykehus der pasienten skal leveres er vanskelig, så blir pasienten levert på et annet sykehus.

Pasienter på Helgeland vil få hjelp av helikopter i like stor grad uavhengig av lokalisering av et stort akutt sykehus

# Teknologiske utviklinger i prehospitale tjenester

- Videreutvikling av avansert helikopterteknologi
- Avansert diagnostikk og behandling ute hos pasienten
  - Bærbar ultralyd til undersøkelse av magen, hjertet og brystkassen
  - Innebygd CT i ambulansen
  - Oppstart av antibiotikum ved alvorlige infeksjoner (sepsis)
  - Transfusjon av blodprodukter ved akutte blødninger
  - Bruk av telemedisin
  - Bruk av droner

Bruk av teknologiske løsninger vil føre til tidligere diagnostikk og behandling ute hos pasienten

# Akutt sykdom eller skade

- Akutt sykdom og skade behandles i de aller fleste tilfellene av fastlege eller kommunal legevaktslege
- Iblant blir imidlertid sykehusvurdering og -behandling nødvendig
- Noen sykdomstilstander haster:
  - Hjertestans
  - Hjerteinfarkt
  - Hjerneslag
  - Pustevansker
  - Akutte skader
  - Blodforgiftning

Ressursgruppen vil understreke betydning av både tilgjengelighet og akuttmedisinsk kompetanse hos legevaktslegene og ambulanspersonellet

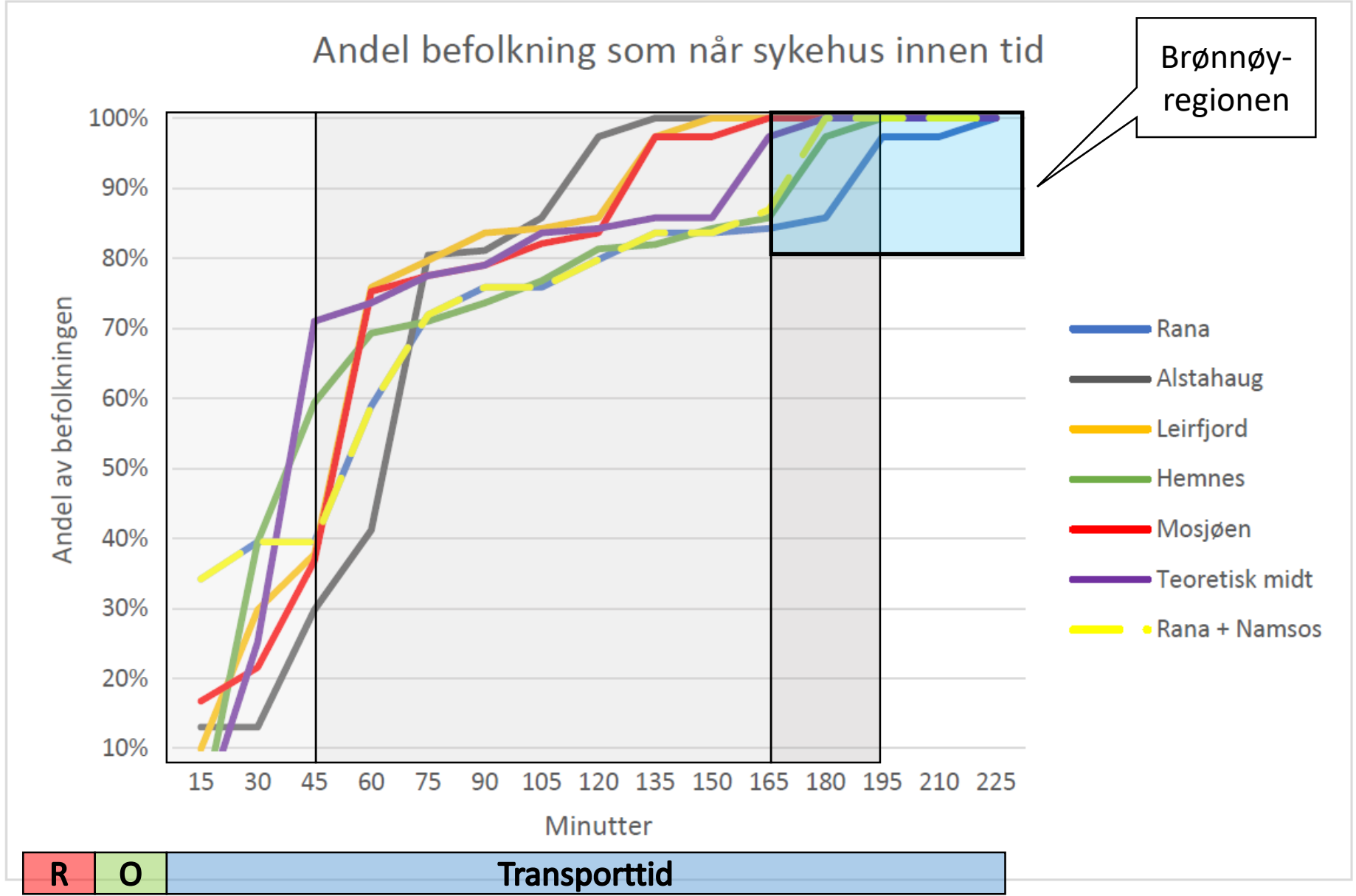
# Akutt sykdom og skade og sykehusstruktur

- Tiden fra en akutt skade eller sykdom oppstår til pasienter ankommer sykehus, består av responstid + omsorgstid + transporttid
  - Responstiden er avhengig av ambulansetjenestens basestruktur og kapasitet, og er på linje med omsorgstiden i utgangspunktet uavhengig av sykehusstruktur.
  - Transporttiden til sykehus er imidlertid en funksjon av valgt sykehusstruktur.
- Helgelandssykehuset har allerede i dag forholdsvis lange transporttider
  - Jo større grad av sentralisering, jo flere får lengre transporttider til sykehus.
  - Man må avveie de helsemessige gevinstene som oppnås gjennom etablering av større enheter og de helsemessige konsekvensene av lengre transporttider

# Transporttider i akuttsituasjoner (vektet snitt)

- Leirfjord 58 minutter
- Vefsn 62 minutter
- Hemnes 64 minutter
- Alstahaug 65 minutter
- Rana 71 minutter
- Rana/Namsos 67 minutter

Innb 2040	Kommune	Rana	Vefsn	Alstahaug	Leirfjord	Hemnes	Midt	Rana+Namsos
8 001	Alstahaug	75	42	12	15	53	33	75
9 335	Brønnøy	195	135	107*	122*	173	152	179
1 219	Dønna	115	75	50	65	93	83	115
1 365	Grane	85	25	67	52	63	42	85
1 326	Hattfjelldal	112	55	97	82	90	72	112
4 281	Hemnes	22	38	53	38	20	21	22
1 846	Herøy	129	82	60	75	107	93	129
2 516	Leirfjord	63	30	15	20	41	18	63
1 820	Lurøy	84	73	59*	51*	106	61	84
2 112	Nesna	60	58	63	36	82	46	60
27 562	Rana	11	60	75	60	22	43	11
1 227	Rødøy	130	106*	97*	81	152	94	130
2 142	Sømna	215	155	137*	152	193	172	151
625	Træna	120*	103*	65*	81*	142*	91*	120*
13 504	Vefsn	60	11	42	27	38	17	60
1 226	Vega	167*	134*	92*	107*	145*	125*	167*
518	Vevelstad	155	122	80	95	133	113	155
80 625	Gjennomsnitt	70,6	62,0	64,9	58,4	64,1	57,3	67,0



Figur 6 Grafisk framstilling av andel befolkning som når fram til sykehus innen gitte tidsrom, basert på reisetider fra egne beregninger

# Den første tiden etter akutt skade/sykdom

- Pasienter kan ha bedre resultater om behandlingen startes i den første timen, enten prehospitalt eller på sykehus
  - Blodforgiftning<sup>1</sup>
  - Hjerteinfarkt<sup>2</sup>
- Ved akutte skader har noen pasienter lavere dødelighet dersom de blir transportert til et sykehus i løpet av den første timen<sup>3</sup>

Pasienter med akutt skade/sykdom kan ha bedre resultater ved rask behandling  
Flest helgelendinger når Mo i Rana i løpet av de første 60 minutter etter skade/sykdom  
Tidlig (prehospital) start av behandlingen er gunstig

1 Kumar et al. Critical Care Medicine 2006

2 Ferrer et al. Clinical Care Medicine 2014

3 Schroeder et al. Prehospital Emergency Care 2018



# Planlagte pasientreiser og besøksreiser

- Det overordnede bildet som tegner seg har noen sammenfallende trekk med det bildet som ble beskrevet for akuttreisene
  - Vektete gjennomsnittsberegninger gir forskjeller som etter ressursgruppens vurdering ikke kan tillegges avgjørende vekt
  - Hvor et nytt stort akuttsykehus lokaliseres vil påvirke hvem som får kort og hvem som får lang reisevei
- Reiseomfanget til det store akuttsykehuset avhenger i stor grad av det polikliniske, dagmedisinske og diagnostiske tilbud som etableres lokalt på de stedene som ikke lenger skal ha sykehus
  - Risikoen for pasientstrømmer ut av foretaket krever spesiell oppmerksomhet dersom det store akuttsykehuset lokaliseres til Mo i Rana

# Oppsummering transportutfordringer

- Akutt sykdom og skade behandles i de aller fleste tilfellene av fastlege eller kommunal legevaktslege
- Innsatsen til fastleger/kommunal legevaktsleger og de prehospitale tjenester er avgjørende for et godt sluttresultat ved alvorlig sykdom
- Ressursgruppen vil understreke betydning av både tilgjengelighet og akuttmedisinsk kompetanse hos legevaktslegene og ambulanspersonellet
- Reiseutfordringene er betydelige på Helgeland og vil øke ved alle alternative lokaliseringer av et stort akutt sykehus

# Rapporten: Kapittel 4.4

## 1. Innledning

- 1.1 Bakgrunn
- 1.2 Ressursgruppens oppgave
- 1.3 Ressursgruppens sammensetning

## 2. Sentrale utviklingstrekk og utfordringer

## 3. Nasjonal helse- og sykehusplan og Helgelandssykehuset

- 3.1 Om befolkningsgrunnlag
- 3.2 Konsekvenser for Helgelandssykehuset

## 4. Transportutfordringer

- 4.1 Forventet utvikling av det prehospitalt tilbudet
- 4.2 Transporttider i akutte situasjoner
- 4.3 Planlagte pasientreiser og besøksreiser
- 4.4 [Arbeidsreiser for ansatte](#)

# Rapporten: Kapittel 5

## 5. Hvordan lokalisering kan påvirke rekruttering

5.1 Innledning

5.2 Lokalisering i kommunene Leirfjord og Hemnes

5.3 Lokalisering i byene Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen

5.4 Hvordan lokalisering kan påvirke rekruttering – samlet vurdering

## 6. Ressursgruppens forslag til løsning

6.1 Etablering av ett eller to akuttsykehus?

6.2 Lokalisering av det store akuttsykehuset

6.3 Utvikling av den desentrale spesialisthelsetjenesten

6.4 Styrking av det prehospitalt tilbudet

## 7. Sammendrag

## 8. Referanser

## 9. Vedlegg

# Arbeidsreiser for ansatte

- Påvirker hvor mye transport sykehuset genererer
  - Nasjonale føringer: Statlige planretningslinjer for samordnet bolig- areal- og transportplanlegging
- Påvirker hvor lange arbeidsreiser ansatte får
  - Lange arbeidsreiser er en ulempe

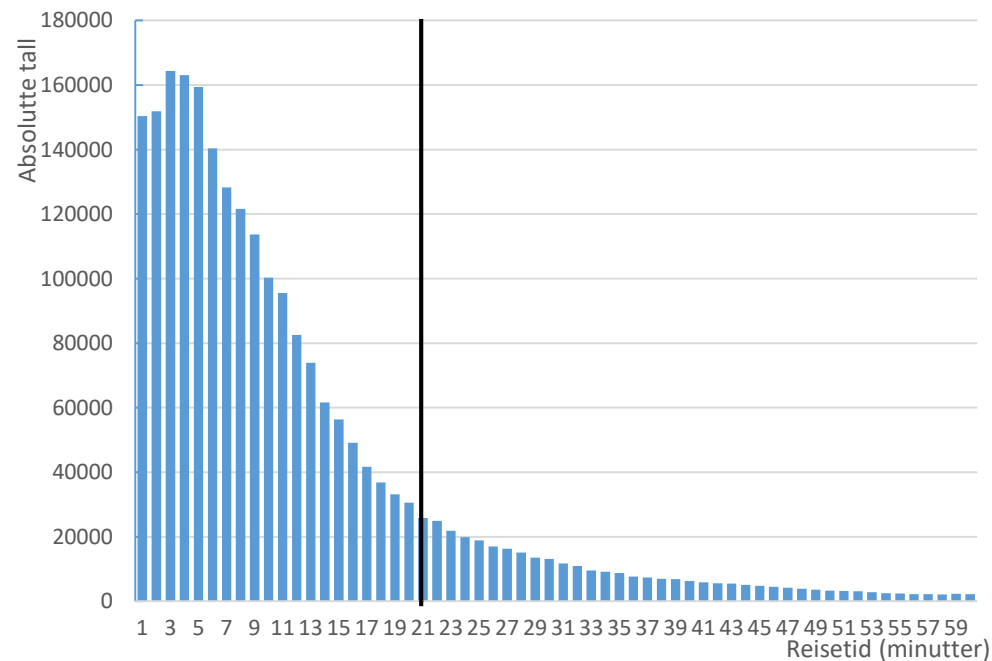
# Arbeidsreiser for ansatte

## Hvis lokalisering på Leland eller i Korgen

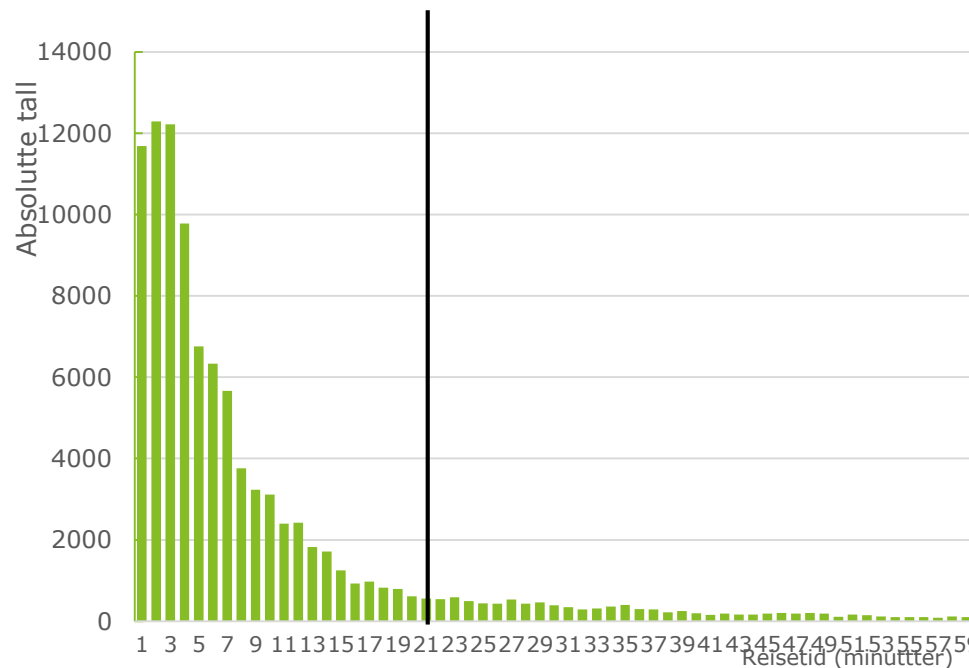
- Små steder - må forvente at de ansatte vil bo i nærmeste by, alternativt at eventuell partner vil pendle til nærmeste by
- Det gir lange arbeidsreiser (avstander 'fra rådhus til rådhus' målt vha. Google maps):
  - Leland - Sandnessjøen: 20 km, 21 minutter med bil
  - Leland - Mosjøen: 45 km, 39 minutter med bil
  - Korgen - Mo i Rana: 39 km, 35 minutter med bil
  - Korgen - Mosjøen: 49 km, 47 minutter med bil

# Lengre arbeidsreiser enn de fleste velger å ha

## Reisetid til jobb, Norge

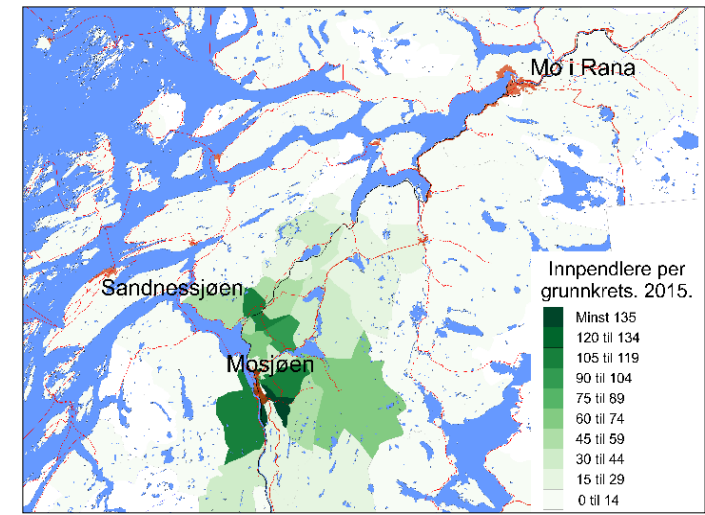
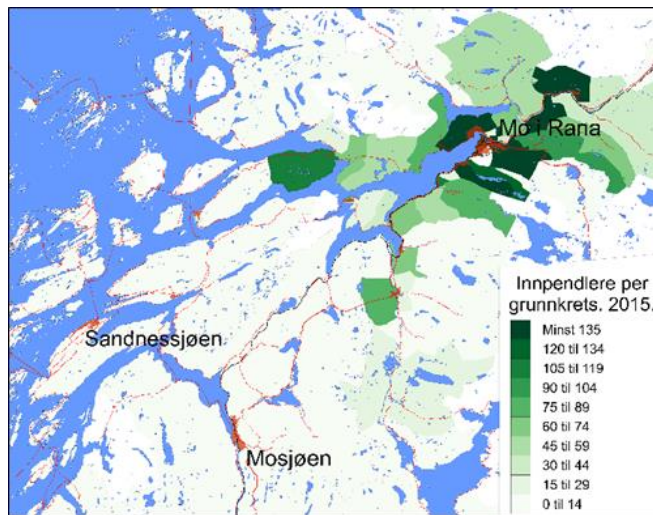


## Reisetid til jobb, Nordland



# Hvis lokalisering i en av byene

- Lite pendling, lite overlapp mellom arbeidsmarkedsregionene





# Lite pendling mellom kommuner

<b>Arbeidssted</b>	<b>Bosted</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
1820 Alstahaug	1820 Alstahaug	3112	3107	3120	3178	3125	3048	3070	3035
1820 Alstahaug	1824 Vefsn	74	82	84	86	79	71	66	70
1820 Alstahaug	1833 Rana	55	43	48	48	55	62	57	53
1824 Vefsn	1820 Alstahaug	54	47	48	54	70	55	62	70
1824 Vefsn	1824 Vefsn	5921	5977	5999	5983	6017	5949	5951	5938
1824 Vefsn	1833 Rana	102	103	71	77	86	81	94	100
1833 Rana	1820 Alstahaug	63	78	64	43	35	35	46	50
1833 Rana	1824 Vefsn	131	103	88	95	112	126	123	141
1833 Rana	1833 Rana	11611	11856	11810	11843	12004	11679	11761	11876

# Arbeidsreiser for ansatte

## Hvis lokalisering i en av byene

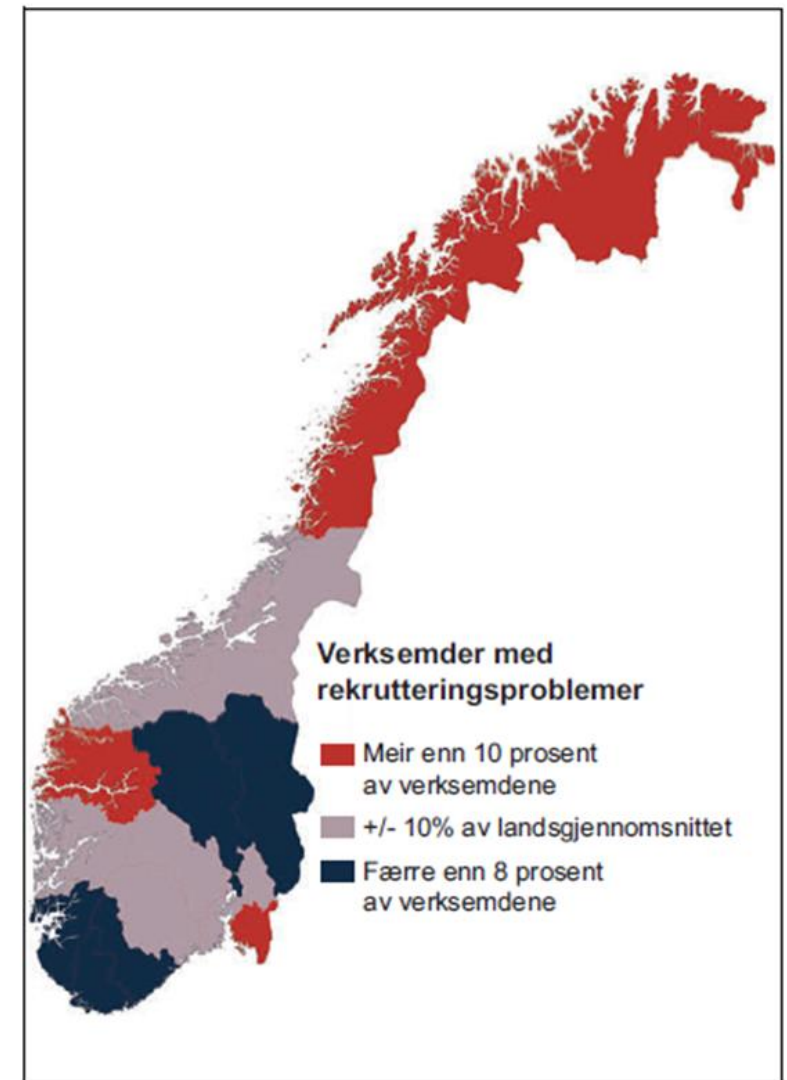
- Forventer at de fleste vil bo i eller ved byen og få relativt korte arbeidsreiser
- Dagens situasjon – gjennomsnittlige arbeidsreiselengder i de tre byene:
  - Ca. 6 – 8 km for bosatte
  - Ca. 10 – 13 km for ansatte
- Lengde på fremtidige arbeidsreise avhenger også av hvordan kommunen styrer arealutviklingen i byen

# Vurdering arbeidsreiser

- Lokalisering av nytt sykehus på Leland eller i Korgen vil medføre vesentlig lengre arbeidsreiser for ansatte enn lokalisering i en av de tre byene
- Det er ingen grunn til at det skal bli vesentlige forskjeller mellom byene når det gjelder lengde på arbeidsreiser
- Vurdering: Lokalisering i Sandnessjøen, Mosjøen eller Mo i Rana gir vesentlig kortere arbeidsreiser enn lokalisering på Leland eller i Korgen
  - Mindre transport totalt
  - Kortere arbeidsreiser for ansatte

# Rekruttering

- Et godt helsetilbud på Helgeland avhenger av god rekruttering til det nye store akuttsykehuset
- Helgelandssykehuset konkurrerer om ansatte med andre sykehus i Norge og verden
- NAV: Mangelen på arbeidskraft i Nord-Norge er størst innen helse- og sosialtjenester



Figur 2.11 Verksemder som har mislukkast med å rekruttere arbeidskraft eller har måtta tilsetje nokon med annan eller lågare formell kompetanse enn dei søkte etter, etter fylke.

Kjelde: NAVs bedriftsundersøkelse 2016. Utrekningar og kart: Kommunal- og moderniseringsdepartementet

# Rekruttering

- Rekruttering avhenger av at fagmiljøet er attraktivt
- Rekruttering avhenger også av at sykehuset lokaliseres et sted som folk ønsker å flytte til og bli boende på – at stedet er attraktivt
- Det blir viktig å hindre at man mister nøkkelpersonell i interimsperioden og ved flytting
- Hvor nytt sykehus lokaliseres vil derfor påvirke om sykehuset får tilstrekkelig tilgang på kvalifisert arbeidskraft – på kort og lang sikt

# Vurderingskriterier – rekruttering

- Stedets attraktivitet
  - Tilgang til et variert jobbmarked – også for eventuell partner
  - Korte og effektive jobbreiser, gang- og sykkeltilgjengelighet til det meste
  - Et variert tilbud av gode boliger og boområder
  - Urbanitet, tjenestetilbud og organisert fritidstilbud
  - God tilgang til grønt- og friområder
  - Kommunikasjon og tilgjengelighet til andre regioner
- Risiko for å miste sykehuspersonell i interimsperioden og ved flytting

# Vurdering – rekruttering - Leland og Korgen

- Stedets attraktivitet:
  - Gir ikke tilgang til et variert jobbmarked – små steder og små arbeidsmarkeder
  - Hvis bosatt i nærmeste by – lange jobbreiser
  - Hvis bosatt på stedet – eventuell partner får lang jobbreise
  - Ikke variert tilbud av boliger og boområder
  - Lite urbanitet og tjenestetilbud
  - Har god tilgang til grønt og friluftsområder
  - Har noe dårligere kommunikasjon og tilgjengelighet til andre regioner enn byene
- En undersøkelse i Finnmark og Troms: Helsepersonell og helsestudenter ønsker i vesentlig høyere grad å jobbe på et urbant enn på et ruralt sykehus

# Vurdering – rekruttering - Leland og Korgen

- Alle eksisterende sykehusansatte må enten flytte eller få lang jobbreise om nytt sykehus lokaliseres på Leland eller i Korgen
  - Høy risiko for å miste personell i interimsperioden og ved flytting
- Vurdering: Lokalisering i Korgen eller på Leland må forventes å bidra negativt til rekrutteringen til et nytt stort akuttsykehus



# Vurdering av de tre byene

- **Tilgang til et variert jobbmarked – også for eventuell partner**
- Korte og effektive jobbreiser, gang- og sykkeltilgjengelighet til det meste
- **Et variert tilbud av gode boliger og boområder**
- Urbanitet, tjenestetilbud og organisert fritidstilbud
- God tilgang til grønt- og friområder
- **Kommunikasjon og tilgjengelighet til andre regioner**
- **Risiko for å miste sykehuspersonell i interimsperioden og ved flytting**

# Jobbmarked

	Mo i Rana			Mosjøen			Sandnessjøen		
	Syssel- satte	Antall virksom- heter	Prosent syssel- satte	Syssel- satte	Antall virksom- heter	Prosent syssel- satte	Syssel- satte	Antall virksom- heter	Prosent syssel- satte
<i>I alt</i>	12163	1663	100,0	6740	993	100,0	4017	722	100,0
<i>Primærnæringer</i>	295	48	2,4	91	57	1,4	79	77	2,0
<i>Næringsmiddelindustri</i>	121	8	1,0	6	4	0,1	30	3	0,7
<i>Kjemisk og farmasøytisk industri</i>	118	13	1,0	12	2	0,2	0	0	0,0
<i>Maskin- og metallindustri</i>	676	21	5,6	588	4	8,7	34	6	0,8
<i>Prod. av el. og opt. utst, transportmidler</i>	93	10	0,8	56	5	0,8	17	3	0,4
<i>Annen industri</i>	311	15	2,6	124	16	1,8	32	3	0,8
<i>Olje og bergverk</i>	269	7	2,2	3	2	0,0	97	16	2,4
<i>Bygg og anlegg</i>	1115	174	9,2	557	95	8,3	267	61	6,6
<i>Transport, logistikk og lager</i>	803	80	6,6	324	43	4,8	390	38	9,7
<i>Servering og reiseliv</i>	467	78	3,8	282	43	4,2	130	27	3,2
<i>Medier og IKT</i>	230	40	1,9	69	21	1,0	73	10	1,8
<i>Detaljhandel</i>	1069	148	8,8	528	88	7,8	358	65	8,9
<i>Engros- og agenturhandel</i>	549	90	4,5	242	55	3,6	126	28	3,1
<i>Faglig, vitenskaplig forr. tjenesteyting</i>	347	145	2,9	137	74	2,0	142	60	3,5
<i>Annen forr. tjenesteyting</i>	504	77	4,1	239	43	3,5	87	40	2,2
<i>Finans- og eiendomssektor</i>	260	280	2,1	129	165	1,9	85	113	2,1
<i>Helsetjenester</i>	890	114	7,3	797	68	11,8	730	36	18,2
<i>Sosialtjenester i institusjon</i>	780	34	6,4	567	18	8,4	220	9	5,5
<i>Sosialtjenester utenfor institusjon</i>	340	22	2,8	111	14	1,6	121	11	3,0
<i>Sosial- og fritidstilbud til barn</i>	394	23	3,2	335	20	5,0	189	14	4,7
<i>Undervisning utenom UoH-sektor</i>	647	49	5,3	568	30	8,4	338	23	8,4
<i>Undervisning i UoH-sektor</i>	30	2	0,2	0	0	0	7	1	0,2
<i>Annen offentlig forvaltning</i>	927	28	7,6	431	22	6,4	289	19	7,2
<i>Personlig tjenesteyting, kultur og fritid</i>	484	96	4,0	143	71	2,1	56	40	1,4
<i>Andre næringer</i>	444	61	3,7	401	33	5,9	120	19	3,0

# Tilgang til et variert jobbmarked

- Alle de tre byene har et relativt variert næringsliv og jobbmarked
- Mo i Rana har størst jobbmarked og flest virksomheter, og kommer derfor best ut på dette kriteriet

	Mo i Rana			Mosjøen			Sandnessjøen		
	Syssel- satte	Antall virksom- heter	Prosent syssel- satte	Syssel- satte	Antall virksom- heter	Prosent syssel- satte	Syssel- satte	Antall virksom- heter	Prosent syssel- satte
<i>I alt</i>	12163	1663	100,0	6740	993	100,0	4017	722	100,0

# Variert tilbud av gode boliger og boligområder

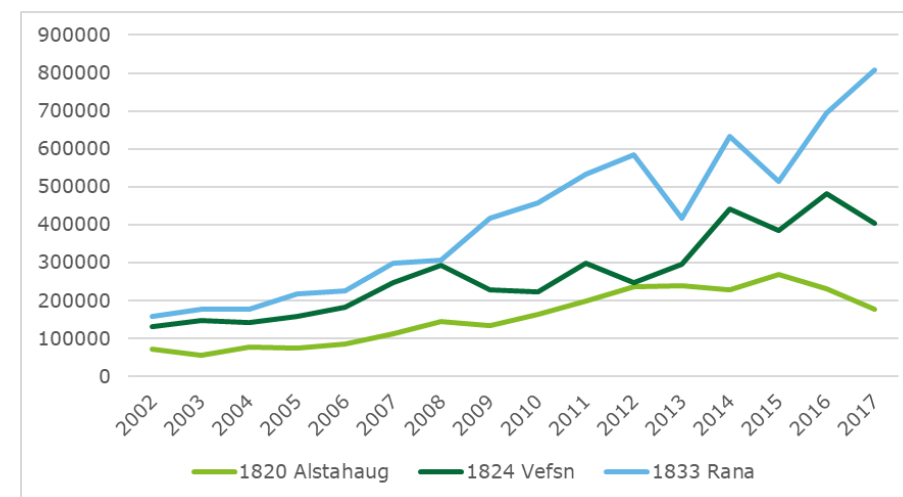
- Ulike mennesker har ulike preferanser – variasjon er en fordel
- Mo i Rana har størst variasjon i dag – større andel leiligheter

	<b>Boliger (beboede og ubebodde)</b>					
	<i>Alstahaug</i>		<i>Vefsn</i>		<i>Rana</i>	
<i>I alt</i>	3603	100,0	7072	100,0	12322	100,0
<i>Enebolig</i>	2435	67,6	4116	58,2	6893	55,9
<i>Tomanns-bolig</i>	277	7,7	690	9,8	1432	11,6
<i>Rekkehus, kjedehus og andre småhus</i>	695	19,3	913	12,9	1470	11,9
<i>Boligblokk</i>	19	0,5	701	9,9	2149	17,4
<i>Bygning for bofellesskap</i>	30	0,8	229	3,2	167	1,4
<i>Andre bygnings-typer</i>	147	4,1	423	6,0	211	1,7

# Boligmarked

- Dynamisk boligmarked gir sikkerhet for at man får solgt boligen
- Høye og økende boligpriser kan både tyde på boligmarked i ubalanse og på høy attraktivitet

Tettsted		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sandnessjøen	Gj. snitt omsetningsdager	32	66	57	72	78	67
	Antall salg	55	54	74	77	52	63
Mo i Rana	Gj. snitt omsetningsdager	17	23	23	26	34	40
	Antall salg	341	378	364	418	375	277
Mosjøen	Gj. snitt omsetningsdager	29	40	41	25	22	23
	Antall salg	152	188	172	166	169	121



- Framtidig situasjon avhenger av hvordan kommunen styrer utviklingen
- Samlet vurdering boligmarked: Mo i Rana/ Rana kommer best ut

# Kommunikasjoner til andre regioner (byene)

- Tilgjengelighet inn og ut av regionen er viktig for noen
- Alle har flyplass – flyplassen i Rana utvides og kan ta imot større fly
- Sandnessjøen har hurtigbåt til Bodø og anløp av Hurtigruta
- Mo i Rana og Mosjøen har jernbanetilknnytning og ligger ved E6
- Sandnessjøen og Mosjøen har kortest vei til Trondheim
- Mo i Rana har kortest vei til Bodø
- Samlet vurdering kommunikasjoner: Mo i Rana kommer best ut, hovedsakelig på grunn av ny flyplass

# Andre attraktivitetskriterier

- Urbanitet, tjenestetilbud og organisert fritidstilbud
  - Vi har ikke data eller kunnskap til å rangere byene med tanke på dette
- God tilgang til grønt- og friområder
  - Vi har ikke data eller kunnskap til å rangere byene med tanke på dette
- Korte og effektive jobbreiser, gang- og sykkeltilgjengelighet til det meste
  - Vi rangerer byene likt med tanke på dette
- Andre attraktivitetsvurderinger (Menon, SSBs sentralitetsindeks, Kommunal rapport)
  - Er usikre og/eller ikke rettet inn mot dette, gir ulike resultater – ikke vektlagt

# Interimsperioden og flytting

- Kan miste nøkkelpersonell i perioden mellom vedtak og flytting
  - Lokalisering ved det største fagmiljøet gir minst risiko
- Kan miste personell ved flytting
  - Lokalisering ved det største fagmiljøet gir minst risiko
- Minst risiko ved valg av Mo i Rana, deretter Sandnessjøen



# Samlet vurdering - rekruttering

- Lokalisering på Leland eller i Korgen må forventes å virke negativt på rekruttering av personell til sykehuset
- Alle de tre byene kan fungere mtp. rekruttering – rekrutteringspotensialet påvirkes også av hvordan den valgte byen utnytter mulighetene for byutvikling
- Mo i Rana kommer best ut på kriteriene for rekruttering:
  - Størst jobbmarked, størst variasjon i boligtilbud, best tilgjengelighet til andre regioner, størst eksisterende fagmiljø

# Rapporten: Kapittel 6 og 7

## 5. Hvordan lokalisering kan påvirke rekruttering

5.1 Innledning

5.2 Lokalisering i kommunene Leirfjord og Hemnes

5.3 Lokalisering i byene Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen

5.4 Hvordan lokalisering kan påvirke rekruttering – samlet vurdering

## 6. Ressursgruppens forslag til løsning

6.1 Etablering av ett eller to akuttsykehus?

6.2 Lokalisering av det store akuttsykehuset

6.3 Utvikling av den desentrale spesialisthelsetjenesten

6.4 Styrking av det prehospitale tilbudet

## 7. Sammendrag

## 8. Referanser

## 9. Vedlegg

# Ressursgruppens forslag: Ett stort akuttsykehus

- Krav til team-bredde, teknologi og erfaringsgrunnlag krever befolkningsgrunnlaget til hele Helgeland for å bevare og utvikle kompetanse
- Etablering av større og robuste fagmiljøer med vaktordninger som tilfredsstiller dagens krev til arbeidstid og vaktbelastning er en av de viktigste faktorene for å beholde og rekruttere helsepersonell fremover
- Ikke mer personell enn nødvendig bindes opp i vakt- og beredskapsordninger
- En større del av spesialistutdanningen av leger kan ivaretas i eget sykehus
- Geografi, bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester samt værforhold gjør det ikke nødvendig å fordele aktiviteten på to sykehus

# Lokalisering til Hemnes eller Leirfjord?

- Alle dagens sykehusansatte må enten flytte eller få lang jobbreise om nytt sykehus lokaliseres til Leland eller Korgen
  - Høy risiko for å miste personell i interimsperioden og ved flytting
- De mindre tettstedene kan ikke tilby de kvalitetene som fremmer rekruttering med unntak av god tilgang til naturområder
- Lokalisering i ett av de to mindre tettstedene i Leirfjord og Hemnes må forventes å bidra klart negativt til rekrutteringen til et nytt stort akuttsykehus
- Ressursgruppe vil derfor fraråde at Hemnes og Leirfjord blir sete for det store akuttsykehuset

# Anbefaling: Stort akuttsykehus i Mo i Rana

- Ressursgruppens samlede vurdering er at forholdene ligger best til rette for etablering av et stort akuttsykehus i Mo i Rana
- Følgende forhold er spesielt vektlagt:
  - Denne lokaliseringen bidrar i størst grad til at sykehuset vil kunne rekruttere nødvendig personell i fremtiden
  - Rana er forventet å ha en positiv befolkningsutvikling også fremover
  - Størst andel av befolkningen på Helgeland når sykehus den første tiden etter en akutt skade/sykdom
  - Minst risiko knyttet til sårbarhet i interimsperioden og med tanke på å trygge tilgangen på gode faglige ressurser ved oppstart i nye fasiliteter

# Utfordringer med stort akutt sykehus i Mo i Rana

- Pasientlekkasje sørover
  - Et omfattende poliklinisk, dagmedisinsk og diagnostisk tilbud ved DMS Brønnøysund og de foreslåtte DMSene i Sandnessjøen og Mosjøen vil redusere befolkningens behov for å trekke ut av foretaket
  - Det store akutt sykehuset må fremstå med en kvalitet på den medisinske behandlingen, pasientomsorgen og samarbeidet med primærhelsetjenesten som gjør at pasientene velger Mo i Rana på grunn av kvalitet
  - Helgelandssykehuset som en viktig samfunnsaktør, er i posisjon til å påvirke avgangstider og reiseruter på ulike transportmidler

# Utfordringer med stort akutt sykehus i Mo i Rana

- Transporttiden i akutte situasjoner fra øyene/kommunene rundt Brønnøysund – alternative muligheter
  - Luftambulansse med anestesilege og redningsmann med base i Brønnøysund
  - Legebil med anestesilege og redningsmann ved basen i Brønnøysund
  - Redningshelikopter med base i Bodø
  - Ambulansefly med anesthesisykepleier med base i Brønnøysund eller Bodø
  - Diagnostikk og lokaler for stabilisering ved DMS Brønnøysund

# Anbefalt alternativ: Stort akuttsykehus i Sandnessjøen fremfor Mosjøen

- Flyforholdene er bedre i Sandnessjøen
- Mosjøen ligger nærmere det geografiske midtpunktet i regionen
- Mosjøens attraktivitet er vurdert som noe høyere enn Sandnessjøen, selv om forskjellene er små
- Ressursgruppen har valgt å legge avgjørende vekt på fordelene ved etablering nært det største og bredeste fagmiljøet både i forhold til sårbarhet i interimsperioden frem til nytt sykehus står ferdig og med tanke på å trygge tilgangen på gode faglige ressurser ved oppstart i nye fasiliteter



# Utvikling av desentral spesialisthelsetjeneste

- Ressursgruppen anbefaler at det etableres spesialisthelsetjenestetilbud som dekker en stor del av behovet for poliklinikk, dagbehandling og diagnostikk på stedene som ikke lenger skal ha sykehus
- Slike enheter/sentre utvikles og drives gjerne i samarbeid med helsetjenesten i vertskommunene
- Helse Nord har lang erfaring med ulike slike modeller
- Innholdet kan være alt fra en enkel poliklinikk til større sentre med poliklinikk, dialyse, dagkirurgi, røntgen- og laboratoriediagnostikk samt senger i tillegg til legevakt og andre kommunale tjenester

# Styrking av det prehospitale tilbudet

- Ny ambulanseplan må utarbeides med bakgrunn i de nye forutsetninger som ny sykehusstruktur innebærer
- Kapasiteten til bilambulansetjenesten må utvides
- Kompetanseutvikling må bygges opp rundt nye muligheter for tidlig diagnostikk og behandling prehospitalt i nært samarbeid med fastleger/legevaktsleger
- Helgelandssykehuset må ha en løpende dialog med Luftambulansetjenesten HF og Norsk Luftambulanse AS for å sikre at regionen til enhver tid får tilgang til de kontinuerlige forbedringer som skjer når det gjelder navigasjonsløsninger og flytekniske løsninger

# Ressursgruppens anbefalinger

- Helgelandssykehuset må velge en struktur og lokalisering som sikrer tilgang på kvalifisert arbeidskraft i tiden fremover
- Ett stort akuttsykehus vil gi et faglig robust tyngdepunkt i regionen som bidrar til kvalitet i pasientbehandlingen og fremtidig rekruttering
- Forholdene ligger best til rette for et stort akuttsykehus i Mo i Rana, selv om alternativet også innebærer noen utfordringer som krever oppmerksomhet
- Sandnessjøen kan være et alternativ for utredning i konseptfasen
- Etablering av desentrale tilbud ved distriktsmedisinske sentre (DMS) vil dekke et stort behov hos pasientene, ikke minst hos de med kroniske sykdommer. Innholdet i DMSene må defineres nærmere i den videre prosess
- I samarbeid med kommunene må det prehospitalt tilbudet bygges opp rundt nye muligheter for tidlig diagnostikk og behandling ved bruk av ny teknologi og nye medisinske retningslinjer