

# Høringsinnspill: Forsvarlig drift ved Helgelandssykehuset

## Jamfør mandat 3.3.

### Innspillet kommer fra: Grane kommune

**Dato: 15.11.2024**

**Innsending til: [postmottak@helgelandssykehuset.no](mailto:postmottak@helgelandssykehuset.no)**

## 1. Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient

*Hvordan vurderes kvaliteten på behandlingen av pasientene ved forslaget?*

### **Innspill:**

Grane kommune ser med bekymring på forslaget til oppgave- og funksjonsfordeling som er kommet. Det fremkommer ikke konkrete tiltak for hvordan Helgelandssykehuset (HSYK) har planlagt for å komme i økonomisk balanse; det vil ikke være tilstrekkelig å legge ned døgn- og akutte tjenester i Mosjøen som skal være beregnet til 45 mill kroner. ROS-analyser er noe som skal gjøres når vedtak er endelig besluttet, dette styrker bekymringene: Risikoen ved å legge ned døgn- og akutte funksjoner burde vært utredet før vedtaket ble fattet. Det gjør det vanskelig for oss som er avhengige av tjenestene å vurdere hvordan dette vil påvirke kommunens innbyggere når HSYK ikke har konsekvensvurdert forslagene de kommer med.

Rapporten beskriver dagens situasjon med bygningsmasser i Rana og Sandnessjøen som nedslitte, arealmessig må det omorganiseres i begge akuttsykehus for å kunne ta imot pasienter som pr nå behandles i Mosjøen. Sandnessjøen får frigjort mer areal (ca 100 m<sup>2</sup>) enn Rana. Det er ikke beskrevet om det vil være plass til syke mennesker fra Grane når de har behov for behandling som i dag gis i Mosjøen og rapporten viser ikke til hvordan dette er tenkt løst, annet enn at akutte innleggelses fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn skal splittes slik at Rana får økt nedslagsfelt for sitt sykehus.

Det fremkommer ikke i rapporten at det er gjort konsekvensanalyser for hvor stor økning i personellmasse som må til som følge av omleggingen. God pasientbehandling krever kompetente medarbeidere som HSYK har for få av. Dersom Rana og Sandnessjøen hadde vært attraktive rekrutteringsenheter, ville økonomien i HSYK vært langt bedre enn det økonomiske utføret de er i dag, det er disse enhetene som har høyest forbruk av innleie fra vikarbyrå. Det er vanskelig å se for seg at rekrutteringssituasjonen vil bedre seg nevneverdig når vi ser på søkertall til helseutdanninger.

Rapporten sier noe om gjennomsnittlig bruk av medisinske senger i de ulike enhetene, der Mosjøen har lavest snitt. Samtidig har vi fått vite at Mosjøen til tider tar imot pasienter fra både Rana og Sandnessjøen pga kapasitetsmangel. Hvordan dette er tenkt løst, hvor disse pasientene skal behandles når medisinsk- og intensiv avdelinger er nedlagte i Mosjøen sier rapporten ingenting om. Det som sies både i rapporten og i dialogmøter mellom kommuner og HSYK er at sykehuset har ansvar for å vurdere pasienter som henvises akutt, men ikke ansvar for å legge inn. I dette ser vi en fare for at pasienter fra Grane risikerer å bli snudd i døra og sendt tilbake til legevakt i kommunen uten at det er plan for videre oppfølging. Vi ser også store utfordringer med hvordan gjennomføre sømløse helsetjenester mellom nivå 1 og 2 når behandlersted blir så distansert. Det vil være minimal

mulighet for at helsepersonell ansatt i Grane kan jobbe vakter i Rana/Sandnessjøen for å holde seg oppdaterte på behandling av de sykeste pasientene i kommunen.

I rapporten listes diverse hovedgrep og *Etablering av en lukket psykiatrisk akutt enhet i Mo i Rana* kommer opp som første «grep». Begrunnelsen for dette forslaget ligger i at psykisk syke mennesker fra hele Helgeland må transporteres til Nordlandssykehuset i Bodø for tvangsinnleggelse; ca 200 transporter i året. Det er lett å forstå at slike transporter er anstrengende både for den enkelte pasient og mannskap, men disse pasientene er ikke i akutt livsfare som type hjerteinfarkt, slag, sepsis, traumer. De blir godt ivaretatt under transporten. Rapporten viser også til at de fleste av disse transportene er fra Rana som har 3 timers transporttid til Bodø, noe som er kortere transport enn fra sør-Helgeland til Rana.

Det skal vurderes å opprette et døgnbasert psykiatrisk forsterket akutt tilbud som innebærer nybygg med dertil personale med spesialkompetanse. Ser vi på ressursbruken i dette er det interessant å få vite hvordan HSYK tenker å styrke psykiatrisk døgnbehandling i Mosjøen samt poliklinikkene dersom akuttpost bygges i Rana. Dette er ikke belyst i rapporten. *(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)*

Vi stiller spørsmål ved hvordan kan det forsvares å bygge nytt døgn-/akutt tilbud for én pasientgruppe samtidig som 16 250 innbyggere i Grane, Hattfjelldal og Vefsn får et langt dårligere tilbud enn det vi har i dag når våre døgn-/akutte tjenester legges ned i Mosjøen.

Det er positivt at poliklinikker, dagbehandling og dagkirurgi beholdes i Mosjøen. Her vil pasienter få ulike behandlinger, noen av dem hyppig og regelmessig. Det er bra at belastningen med lengre reisevei for de pasientene i Grane som kan benytte seg av dagbehandling holdes nede.

---

## 2. Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver

*Hvordan vurderes beredskapsnivået ved Helgelandssykehuset i forhold til deres ansvar og oppgaver?*

### **Innspill:**

Grane har stilt følgende spørsmål til HSYK direktør: *Avstanden fra Hattfjelldal, Grane og Vefsn kommuner til akutt sykehus øker betydelig med den foreslåtte løsningen. Klimaendringer predikerer 40% økning i nedbør, parallelt med hyppigere svingninger i temperatur rundt sjiktet +/- 0 grader. Dette vil bl.a. påvirke transporttid for ambulanser og mulighet for transport med helikopter (grunnet ising og manglende sikt).*

Svaret er ikke betryggende med tanke på HSYKs beredskapstenking:

***Løsningsforslaget inneholder ikke en analyse av hvilke konsekvenser klimaendringene kan få for framkommelig av bilambulanse. Framtidens ambulanser vil ha firehjuls trekk(!!!) Befolkningen i Hattfjelldal, Grane og Vefsn har to akutt sykehus i rimelig nærhet, så dersom veien til ett av dem er sperret, kan det andre benyttes. Helgelandssykehuset rår ikke over luftambulansestrukturen, da denne er besluttet nasjonalt. Ambulanshelikopteret i Brønnøysund har ikke avisingskapasitet og kan derfor ikke fly i sky med kuldegrader.***

*Dette påvirker særlig framkommeligheten til indre strøk på Helgeland om vinteren.*

*De nye redningshelikoptrene SAR Queen på Ørland og Bodø har avisingskapasitet og dermed en langt bedre framkommelighet om vinteren. Framkommeligheten om sommeren er kraftig forbedret de senere år fordi det er etablert GPS-baserte flyruter som tillater flyging i dårlig sikt. Med referat fra dialogmøtet 12.11.2024 vedlegges en nærmere redegjørelse fra flygesjefen i Norsk Luftambulanse.*

Utfordringene i klimaendringer er en faktor som må hensyntas i beredskapsplaner og at dette ikke er tenkt inn i denne rapporten gir bekymring for manglende forståelse for oppdraget HSYK er gitt. I svaret kan leses «*Befolkningen i....Grane.....har to akuttstusykehus i rimelig nærhet, så dersom veien til ett av dem er sperret, kan det andre benyttes*». Vi har opplevd en tragisk hendelse der jernbane og vei til Rana ble stengt over lengre tid og kombinert med kraftig uvær der Helgelandsbroen tidvis stenger er det mange mennesker som ikke har tilgang til sykehus når Mosjøen blir nedskalert. Som svaret fra HSYK her viser så vil ikke innbyggerne i Grane kunne sette sin lit til å bli hentet av helikopter heller; det vil avhenge av klimaet – som ikke er en del av del av grunnlaget for denne rapporten som skal gi oss forsikringer om; *Forsvarlig drift ved Helgelandssykehuset* inn i fremtiden.

Befolkningsutviklingen er heller ikke nevneverdig vektlagt annet enn at det vises til at vi blir flere eldre og færre unge. For Granes del er grensen for flere eldre enn yngre krysset. Stigende alder øker sannsynlighet for sykdom – etter hvert sammensatte sykdomsbilder som krever spesialistbehandling. Vi kan ikke finne at HSYK har gjort konsekvensanalyser for hvor og hvordan vi skal kunne gi disse pasientene sømløse tjenester når Mosjøen tas ned og spesialisttilbudet blir gitt langt fra Grane kommune.

Det er satt ned grupper med representanter fra HSYK og Grane, Hattfjelldal og Vefsn som skal se på prehospitaltjenester. At det jobbes med samhandling er positivt og viktig for best mulig resultat, gitt forutsetningene som ligger til grunn.

---

### 3. Forsvarlig totalbelastning på personell

*Arbeidsbelastningen på personellet ved Helgelandssykehuset?*

#### **Innspill:**

Ansatte i Mosjøen har stått i trussel om nedleggelse over mange år. På tross av dette har fagfolkene i Mosjøen satt pasientens interesser først og *Pasientsikkerhet* har vært førende.

Rapporten understreker det vi vet: Det er medarbeiderne som er virksomhetens viktigste ressurs. Men det følges ikke videre opp med hvordan HSYK tenker å vise dette i praksis. Det vises til at det er liten pendlervilje blant ansatte. Vi vet at det er gjort undersøkelser av ansatte i Mosjøen der dette blant annet var tema. Det er ikke sagt noe om samme type samtaler er gjort på alle lokalisasjoner, men det er av interesse å få vite i hvor stor grad medarbeidere i Rana og Sandnessjøen er villig til å pendle til Mosjøen og Brønnøysund for å gi spesialisttjenester som beskrevet i rapporten.

Rapporten påpeker at det er vanskelig å rekruttere til HSYK og at innleie fra vikarbyrå benyttes. Dette øker belastningen for fast personell som må ta belastningen med den daglige drift og alt arbeid ut over den enkelte behandlingsprosedyre. Dagens tre sykehuslokalisasjoner er små med få ansatte og et pasientgrunnlag på i underkant av 78 000 innbyggere. Rapporten dokumenterer at mange pasienter behandles utenfor Helgeland; noen for høyere nivå og andre til private behandlingssteder som følge av lange ventelister i HSYK. Når døgnberedskapen legges ned i Mosjøen vil tid fra vaktpersonell frigis og dette kan investeres i effektiv dagbehandling gjennom økt dagbehandling/-kirurgi og radiologiske undersøkelser i Mosjøen. Da vil HSYK dra nytte av kompetent personell til å ta ned ventelister, som igjen reduserer kostnader for HSYK.

Det vises til rekrutteringsplan samtidig som det er lite dokumentert hva tidligere arbeidstakere oppgir for å forlate HSYK.

---

#### 4. Forsvarlig bruk av bygg og utstyr

*Bruk av bygg og utstyr ved Helgelandssykehuset?*

##### **Innspill:**

Rapporten peker på at alle lokalisasjoner i HSYK har behov for utbedring av bygninger og utskifting av utstyr.

Ett forslag som er kommet er slagalarm i Mosjøen. Det innebærer CT undersøkelse av pasienter med mistanke om slag. Dette tiltaket vil kreve ny CT maskin som kan opereres av radiografer i Sandnessjøen. I Helsedirektoratets retningslinjer for den akutte fasen ved hjerneslag anbefales i tillegg til CT også CT angio og dette krever fysisk tilstedeværelse av radiograf for å gjennomføre undersøkelsen. Dette kommer ikke frem i rapporten og må tas med til gruppene som skal jobbe med prehospitale tjenester.

CT er en del av radiologisk avdeling. Når det investeres i ny maskin vil det være hensiktsmessig å benytte kapasiteten fullt ut. Foreslår at planlagte radiologiske undersøkelser legges til Mosjøen; dette vil ta ned ventetid for disse undersøkelsene og frigi kapasitet til alle akutte situasjoner som skal ivaretas i Rana og Sandnessjøen.

Det foreslås å fylle ledige arealer i Mosjøen med rehabiliteringstjenester som en forlengelse av avdelingen i Sandnessjøen. Dette er i utgangspunktet et godt forslag: Det er flere pasientgrupper som har behov for rehabiliteringstilbud som Helse Nord kjøper fra private tilbydere. Hvis HSYK klarer å bygge et solid tilbud i Mosjøen vil det være formålstjenelig.

Samtidig gir rapporten rom for spørsmål: «*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*».

Skal dette forstås som at pasientgrunnlaget på Helgeland er for lite til at HSYK kan drive helårs rehabiliteringstjeneste i Sandnessjøen eller er det rekruttering av personell med nødvendig kompetanse som er utfordringen? Uansett er det interessant å få mer informasjon om hvilke tilbud i spesialisthelsetjenesten som er tenkt gitt i ei evt rehabiliteringsavdeling i Mosjøen.

---

#### 5. Forsvarlig økonomi

*Økonomisk drift ved Helgelandssykehuset?*

##### **Innspill:**

I likhet med resten av Helse Nord har HSYK store økonomiske utfordringer. Gjennom rapporten som er presentert er det vanskelig å finne forslag til tiltak som er tenkt å gjøre noe med disse utfordringene. Det som tydelig står å lese er at HSYK må ha **mer** penger:

- Bygningsmassene er i forfall og trenger renovering som følge av manglende vedlikehold over flere år,

- ombygging/utvidelser av arealer i «akuttsykehusene» for å kunne ivareta pasientstrømmen som i dag behandles i Mosjøen,
- oppbygging av døgnbasert rehabiliteringstilbud i Mosjøen for å redusere kjøp av disse tjenestene fra private aktører –
- vurdere bygging av forsterket psykiatrisk klinikk i Rana –

for å nevne noen.

Rapporten beskriver hvordan Rana har fått forfordelt ressurser gjennom år, på bekostning av Mosjøen og Sandnessjøen, slik at de i denne prosessen blir fremstilt som mest robust enhet i HSYK. Rana er minst sentral på Helgeland for alle andre kommuner og følgelig minst aktuell for akutte tjenester for resten av Helgeland. Det er også den enheten som ligger nærmest Bodø der alle innbyggere i Nordland mottar spesialisert behandling. Det vises til at Sandnessjøen også skal være akuttsykehus, men i og med at Rana har ortopedi, vil alle pasienter på Helgeland måtte til Rana ved situasjoner der det er/kan være nødvendig med ortopedisk behandling. Da er blir det lange transporter for mange pasienter.

Rana og Sandnessjøen sliter med lange ventelister innen flere fagområder; f.eks. ortopedi i Rana og Øre-nese-hals behandling i Sandnessjøen. Begge disse enhetene skal ivareta akutte tilstander og det tilsier at det planlagte operasjonsprogrammet kan bli forskjøvet: Dersom operasjonsteamet og kirurger har stått i operasjoner gjennom natten, vil videre program måtte vente til lokalene er klargjorte for nye pasienter og teamet som har vært i drift er operative igjen. Det er dette private sykehus slipper unna; der får pasienten behandling til oppsatt tid etter program. Rapporten gir lite svar på hvordan det å flytte operasjoner som utføres i Mosjøen i dag skal gi rom for flere operasjoner i Rana og Sandnessjøen - for å kunne ta ned ventelistene.

I Mosjøen er det bygget et solid urologisk behandlingstilbud gjennom 20 år. Her er den sammenhengende kjeden fra pasienten kommer i poliklinikk og blir vurdert av urolog og uroterapeut til operativ behandling av erfarne urologer strømlinjeformet. Personalet i alle ledd er dedikert til sine oppgaver og mange pasienter behandles hvert år. Mosjøen er et eksempel på hvordan også offentlige sykehus kan optimalisere behandling til beste for pasientene. Denne tjenesten skal flyttes trinnvis over et par år til Sandnessjøen, som erstatning for at Rana over år har fått tildelt det meste av annen kirurgisk behandling. Vi ønsker ROS analysen av dette grepet velkommen.

---

## 6. Fritekst

*Kommentarer eller innspill*

### **Innspill:**

I likhet med våre nabokommuner ser Grane behov for endringer i tjenestenivåene og vi har flere felles prosjekt med fokus på at pasienter skal skrives ut fra spesialisttjenesten til hjemmet. Digital HjemmeOppfølging (DHO) er en viktig tjeneste inn i dette. Innsats-/mestrings-/vurderingsteam innebærer at kommunene må ha en kontakt inn i sykehusavdelingene for kartlegging av pasienters funksjonsnivå før utskrivelse til kommunal tjeneste. Dette blir vanskelig nå som sykehusavdelingene blir langt borte. Her må det jobbes med å finne gode løsninger for å opprette den nødvendige kommunikasjonen.

