

Møtedato: 18. desember 2019
Saksnr.:

Saksbeh./tlf.:
Rolandsen, Tollåli, Fanghol, Haukland,
Hansen, tlf. 75 51 29 00

Sted/dato:
Bodø, 11.12.2019

Styresak 137-2019 Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering

Saksdokumentene var ettersendt.

1. Formål

Styret i Helse Nord RHF skal i denne saken anbefale hvilken sykehusstruktur på Helgeland som vil være til beste for pasienter og fagmiljø, og som samtidig er økonomisk bærekraftig.

2. Bakgrunn

Sykehusstrukturen på Helgeland har vært diskutert i flere tiår. Diskusjonene startet allerede mens Nordland Fylkeskommune eide sykehusene. Hovedargumentene for ønsket om å endre strukturen har alltid vært de samme: Rekruttering av fagpersoner, utvikling og stabilisering av sterke fagmiljøer.

Den grunnleggende føringen for endring må være pasientens behov. Et nytt Helgelandssykehus skal gi gode og likeverdige tjenester til alle som trenger det.

I 2013 fikk Helgelandssykehuset HF i oppdrag fra Helse Nord RHF å utrede framtidige spesialisthelsetjenester. Historikken over prosessen er beskrevet i vedlegg 1.

Kommunene på Helgeland er delt i to i sitt syn på ny sykehusstruktur. De tolv kommunene sør for Korgfjellet står samlet om en ett-sykehusmodell. Fem kommuner nord på Helgeland ønsker primært en to-sykehushøsnning.

I vedtak i styremøte 28. november 2019 anbefalte styret i Helgelandssykehuset en ett-sykehusmodell, med ett stort akutt-sykehus i Sandnessjøen og to distriktsmedisinske sentre (DMS) i Mo i Rana og Brønnøysund. Strukturen for tilbudet innen psykisk helse og rus ble anbefalt som i dag. Se vedlegg 2 og 3 for Helgelandssykehusets styresak 115-2019 og vedtak.

Nordland fylkesting vedtok 3. desember 2019 sin anbefaling om en to-sykehusmodell, med hovedsykehus i Sandnessjøen og akutt-sykehus i Mo i Rana. Se vedlegg 4 for hele vedtaket.

Saken er nå videresendt til styret i Helse Nord RHF, før Helse- og omsorgsdepartementet skal ta en endelig beslutning.

3. Helse Nord RHF's ansvar

Helse Nord RHF skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i Nord-Norge. Dette skal skje innenfor en foretaksstruktur som bidrar til å opprettholde og videreutvikle et desentralisert tjenestetilbud, med ett regionssykehus som skal tilby høyspesialiserte tjenester. Regionsykehuset (Universitetssykehuset Nord-Norge) skal, i samarbeid med universiteter og de andre helseforetakene, bidra til å opprettholde og styrke utdanningen av helsepersonell, forskning og innovasjon i landsdelen.

Helse Nord har særlige utfordringer i tilgang på helsepersonell. Det er avgjørende at helseforetakene organiserer tjenestene slik at de er faglig attraktive. Helse Nord RHF må sikre at sykehusstrukturen i regionen er utformet slik at det fremmer faglig god kompetanse og stabile utviklingsmiljø. Helse Nord har minst folketall av helseregionene. Det har stor betydning for Helse Nord at pasientene velger sin behandling i regionen, slik at det er mulig å opprettholde et tilstrekkelig pasientgrunnlag. Helse Nord's struktur med mange lokalsykehus, ett stort akuttisykehus og ett universitetssykehus, har en funksjonsdeling som gjør at sykehusene til sammen utgjør en helhetlig behandlingsskjede – som er gjensidig avhengig av hverandre.

Helse Nord har ikke lenger det samme økonomiske handlingsrom som tidligere. En liten befolkningsutvikling og flere eldre som bruker flere helsetjenester utfordrer Helse Nord's økonomi. Helseforetakene må tilpasse sin økonomi innenfor rammene, slik at Helse Nord har handlingsrom for å utvikle pasientbehandlingen, og har bærekraft til å finansiere investeringer i bygg, utstyr og ny teknologi. Videreutvikling av tjenestetilbudene i Helse Nord forutsetter samarbeid mellom helseforetakene og kommunene.

Nasjonale føringer er gitt i nasjonale helse- og sykehusplaner.

4. Målene for Helgelands fremtidige spesialisthelsetjenestetilbud

Helgelandssykehuset skal tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen på Helgeland, og skal, i samarbeid med kommunene, møte dagens og fremtidens behov for helsehjelp som følger av demografi og endring i sykdomsbildet. Tjenestene skal være likeverdige og tilgjengelige, og oppfylle nasjonale og regionale kvalitetskrav. Helse Nord's regionale utviklingsplan viser aktivitets- og kapasitetsbehov fram mot 2035 (vedlegg 5). Helgelandssykehuset kan samlet tilby spesialisthelsetjenester innenfor alle fagområder, med unntak av de funksjoner og oppgaver som i dag er funksjonsdelt til Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset.

Helgelandssykehuset skal også ivareta utdanning, opplæring, forskning og innovasjon.

5. En lang prosess

Sykehusstrukturen på Helgeland har vært et tema i flere tiår. Beslutningen om hvilken sykehusstruktur fremtidens spesialisthelsetjeneste på Helgeland skal ha, er viktig for å kunne bevege seg videre til nye faser av planleggingen. Denne beslutningen er vist som beslutningspunkt 2 (B2) i figur 1. Tidligfasen er markert innenfor stiplet linje, og beslutningspunktene er markert som gule sirkler. Beslutningen i denne saken gir rammene for å kunne gå videre i en konseptfase.



Figur 1 Faser og beslutningspunkter i tidligfasen for sykehusbyggprosjekter. Tidligfasen er markert innenfor stiplede linje, og beslutningspunktene er markert som gule sirkler. Kilde: Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.

Konseptfasen vil klargjøre premissene for innholdet i sykehuset i form av et hovedprogram, for deretter å identifisere, utvikle og utrede alternative muligheter (konsepter) for hvordan premissene kan løses i form av fysiske løsninger. Eventuelle nybygg, tomtevalg og et detaljert innhold i sykehus og DMS vil avklares i konseptfasen. Svært detaljerte spørsmål besvares ikke i denne saken.

6. Fakta om Helgeland

6.1 Befolkningsutvikling

Tabell 1 fremskriver befolkningsutviklingen på Helgeland til 2040.

År	2020	2025	2030	2035	2040
Kommune					
Bindal	1458	1411	1366	1309	1238
Sømna	2009	1990	1977	1953	1929
Brønnøy	8018	8286	8598	8887	9170
Vega	1212	1193	1172	1133	1113
Vevelstad	512	520	530	553	563
Herøy	1814	1874	1924	1995	2040
Alstahaug	7469	7499	7515	7491	7450
Leirfjord	2351	2458	2584	2708	2852
Vefsn	13427	13414	13434	13457	13478
Grane	1457	1405	1378	1353	1333
Hattfjellidal	1402	1361	1324	1299	1266
Dønna	1389	1343	1296	1251	1202
Nesna	1817	1826	1845	1871	1884
Hemnes	4503	4449	4402	4368	4311
Rana	26422	26889	27303	27666	27981
Lurøy	1917	1888	1844	1811	1772
Træna	469	483	517	541	564
Rødøy	1246	1213	1197	1171	1140
Helgeland	78892	79502	80206	80817	81286
Nord-Norge	488385	493455	499121	504462	508633
Norge	5367651	5550799	5735439	5906585	6056244

Tabell 1 Fremskrevet befolkningsutvikling kommuner som sokner til Helgelandssykehuset Kilde: Samhandlingsbarometeret.no/SSB

Mange av Helgelands 18 kommuner ligger langs kysten, og flere av dem på øyer. I nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset Mo i Rana er det fire kommuner (Rana, Rødøy, Nesna og Hemnes). Fremskrevet mot 2040 vil Rana øke sin befolkning. Nesna har en marginal økning, mens befolkningen i Rødøy og Hemnes reduseres.

I nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset Mosjøen er det tre kommuner (Vefsn, Grane og Hattfjelldal). Fremskrevet mot 2040 har Vefsn en marginal økning, mens de andre to kommunene har reduksjon i befolkningen.

I nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset Sandnessjøen er det ti kommuner (Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Bindal, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad, Herøy og Lurøy). Fremskrevet mot 2040 utmerker Brønnøy og Leirfjord seg med de mest markante økningene, mens kommunene Vevelstad og Herøy også har en liten vekst. De andre kommunene har en liten reduksjon i sin befolkning.

Samlet vil kommunene som sokner til Helgelandssykehuset Mo i Rana fremskrevet ha en befolkning på cirka 35 000 i 2040, kommunene som sokner til Helgelandssykehuset Mosjøen cirka 16 000, og kommunene som sokner til Helgelandssykehuset Sandnessjøen en befolkning på cirka 29 000.

6.2 Avstander

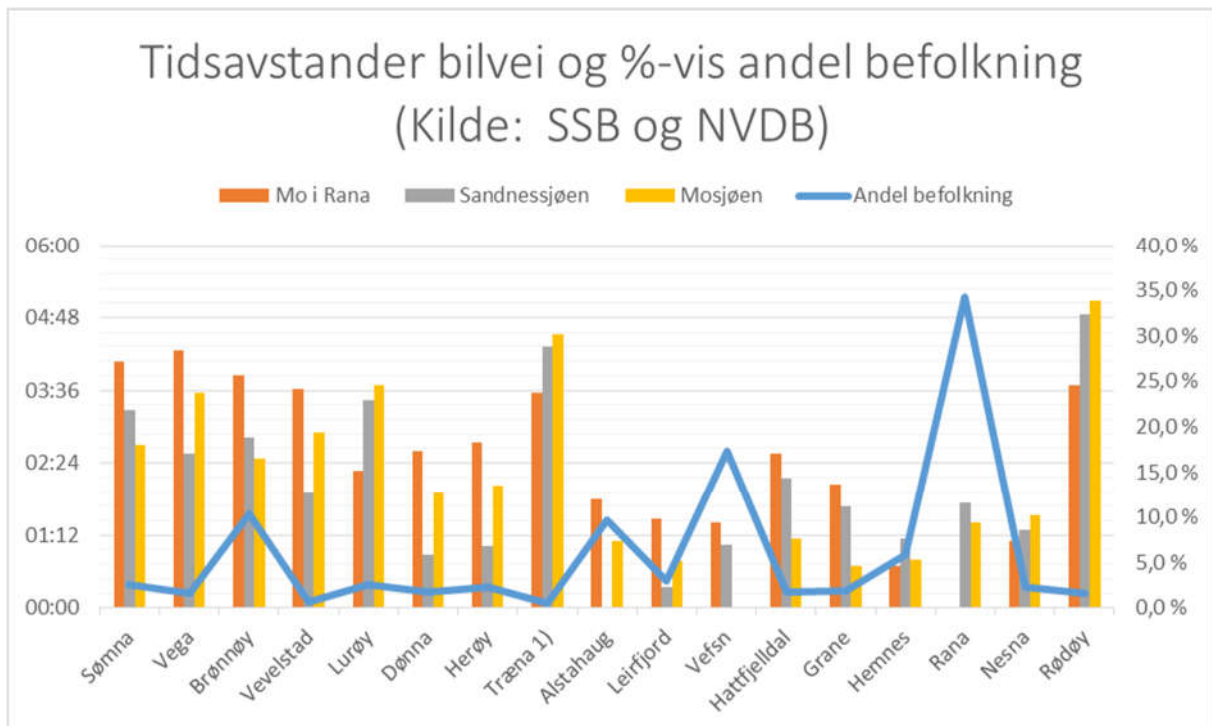
Avstanden fra sør til nord på Helgeland er relativt stor. Se figur 2 og vedlegg 6 for detaljerte kjøreavstander med bil mellom kommunene og eventuelle sykehus i Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen. Kjøreavstandene mellom de tre byene vil i fremtiden bli ytterligere redusert når pågående og eventuelt kommende veiprosjekter er fullført.

Styrevedtaket fra Helgelandssykehuset lokaliserer ett akuttsykehus til Sandnessjøen og omegn, med DMS i Mo i Rana og Brønnøysund. En slik løsning vil bety reisevei for Ranas 26 200 innbyggere på ca. 110 km og en kjøretid på ca. 100 minutter. Rødøy og deler av Lurøy vil få enda lengre vei. Øvrige kystkommuner vil profittere på at sykehuset legges til Sandnessjøen. For øybefolkningen vil tilstander som ville utløst ambulansetilbud på fastlandet, utløse ambulansetilbud.

Dersom akuttsykehuset legges til Mo i Rana, vil kommunene på Sør-Helgeland ha mer enn 165 km reisevei. Hattfjelldal og Grane vil profittere på at akuttsykehuset legges til Sandnessjøen.

Til sammenlikning har befolkningen i Salten (30 800 innbyggere) utenom vertskommunen (Bodø), ca. 118 minutter. Salten har ett stort akuttsykehus og ingen DMS. Salten og Helgeland har like mange ambulansetilløp. Helgeland har tre ambulansetilløp, Salten har en. Begge helseforetakene har ett ambulanshelikopter og ett ambulansfly.

Figur 2 oppsummerer prosentvis andel av befolkningen og hvilken avstand de har til dagens tre sykehus på Helgeland.



Figur 2 Tidsavstand bilvei og prosentvis andel befolkning på Helgeland. Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB) og Nasjonal vegdatabase (NVDB)

7. Faktagrunnlag for valg av struktur

Dette kapitlet redegjør for områder og oppgaver som er vesentlige når ny struktur i Helgelandssykehuset skal vurderes (kap. 7.3 til 7.7). Innledningsvis defineres viktige begreper, og vi avgrensner alternativene for videre vurdering (kap. 7.2).

7.1 Definisjoner

Stort akutt sykehus

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) definerer ulike typer sykehus. Et stort akutt sykehus har et befolkningsgrunnlag på minst 60 000–80 000, og har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi, flere medisinske spesialiteter og fødeavdeling/kvinneklinikk. I Helse Nord er det i dag ett stort akutt sykehus, Nordlandssykehuset Bodø.

Akutt sykehus

Dagens tre sykehus på Helgeland defineres som akutt sykehus. Akutt sykehus er sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akutt kirurgi og fødeavdeling hvis geografi og bosettingsmønster, avstand til sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.

Distriktsmedisinsk senter (DMS)

DMS er et senter med samlokalisering av primær- og spesialisthelsetjenester. Innholdet er avhengig av lokale forhold, brukerne/pasientenes behov, interkommunalt samarbeid samt samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. DMS er også en sentral arena for kompetanseutvikling.

Behandlingstilbudet som gis i et DMS bestemmes i hovedsak av fire forhold:

1. Befolkningsgrunnlag
2. Behov for spesialisthelsetjenester
3. Avstand til sykehus
4. Tilgang til spesialister

Omegn

Begrepet «omegn» har vært benyttet i utredningene av saken, og det benyttes i styrevedtaket til Helgelandssykehuset fra 28. november 2019. Begrepet avgrenser mulige lokaliseringer av sykehus i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. Omegn er definert som 20 minutter fra byens rådhus. Det anses som akseptabel avstand for arbeidsreise for medarbeidere på sykehuset.

7.2 Ett- eller to-sykehusmodell

Mandatet til utredningsarbeidet for Helgelandssykehuset 2025 påla å utrede flere ulike modeller og lokaliseringalternativer. Nå er det mulig å avgrense antall alternativer. På bakgrunn av den grundige grunnlagsdokumentasjonen Helgelandssykehuset har framskaffet, saksfremlegg i styresak 115-2019 i Helgelandssykehuset, og drøftinger og vedtak i styret i Helgelandssykehuset, mener adm. direktør det er to aktuelle modeller: ett-sykehusmodell og to-sykehusmodell. Administrerende direktør anbefaler ikke 0-alternativet (dagens sykehusstruktur).

Det er formålstjenlig å ha konkrete modeller å drøfte ut fra. Administrerende direktør gjør to viktige avgrensninger sammenliknet med administrerende direktør i Helgelandssykehusets anbefaling (styresak 115-2019) og vedtak fra styret i Helgelandssykehuset i samme sak:

1. Administrerende direktør mener det ikke vil være behov for DMS i Mosjøen, verken i ett- eller to-sykehusmodellen.
2. Administrerende direktør mener at i en to-sykehusmodell, må det være to akuttsykehus (se definisjoner i kapittel 7.1). Befolkningsgrunnlaget på Helgeland er ikke stort nok til å utvikle ett stort akuttsykehus og ett akuttsykehus. Det er bare ett-sykehusmodellen som kan forsvare et stort akuttsykehus.

De aktuelle alternativene er etter administrerende direktørs mening disse tre:

Konsept	Stort akuttsykehus	Akuttsykehus	Distriktsmedisinsk senter (DMS)
1a ett-sykehusmodell	Mo i Rana		Sandnessjøen Brønnøysund
1b ett-sykehusmodell	Sandnessjøen		Mo i Rana Brønnøysund
2 to-sykehusmodell		Sandnessjøen Mo i Rana	Brønnøysund

Tabell 2 De aktuelle ett- og to-sykehusmodellene

7.3 Psykisk helse og rus

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helgelandssykehuset er lokalisert i tre distriktpsikiatriske senter (DPS), i Mo i Rana, Mosjøen og Ytre Helgeland (Sandnessjøen og Brønnøysund). Alle sentrene har polikliniske behandlingstilbud. Døgntilbudene er lokalisert til Mosjøen og Mo i Rana.

Akuttbehandling i DPS gis gjennom etablering av vaktberedskap i allerede etablerte døgnavdelinger for voksne. Etablering av vaktberedskap gir mulighet for krise- og akuttbehandling i Helgelandssykehusets egne døgnplasser, og flere pasienter kan slippe å reise til Nordlandssykehuset for behandling.

Pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetsproblemer har ofte samtidige somatiske lidelser. Pasienter i somatisk avdeling kan ha behov for tilsyn fra psykisk helsevern eller TSB for å sikre adekvat behandling av sammensatte lidelser.

Det er en klar nasjonal føring at døgntilbudene, hvor de sykeste pasientene behandles, må integreres tettere med somatisk behandling for å sikre pasienter med sammensatte og langvarige behov tilstrekkelig tilbud. I en ett-sykehusmodell kan nasjonale føringer innfris fullt ut. I en to-sykehusmodell kan dette også innfris, enten ved å gi døgntilbud på begge lokalisasjoner, eller ved å legge hele tilbudet til ett av sykehusene.

Helgeland har en liten befolkning til å opprettholde DPS-strukturen slik den er i dag (fire lokalisasjoner). Samtidig er det geografiske utfordringer for å kunne gi, især polikliniske, tilbud så nært pasientene som mulig. Også DPS-ene har utfordringer med å rekruttere fagfolk.

7.4 Fysisk helse (somatikk) og rehabilitering

Nye metoder har medført at vi i dag behandler sykdommer som tidligere ikke lot seg behandle. Pasienter med kronisk sykdom blir friske, eller får betydelig bedre livskvalitet ved behandling med nye legemidler. De nye metodene er mer skånsomme enn tidligere, og invasiv teknikk og robotkirurgi blir mer og mer vanlig. Det medfører at også eldre pasienter tåler behandling de tidligere ikke fikk tilbud om.

Helgeland bør ha sykehus med robuste fagmiljøer som har kapasitet til å utdanne leger i spesialisering og drive forskning og innovasjon. Dette er avgjørende for kvalitet og pasientsikkerhet i årene som kommer. For akutttilbudene på Helgeland vil spesialister i akutt- og mottaksmedisin bli sentrale.

Et stort akuttsykehus må ha vaktlinjer innen indremedisin, generell kirurgi/akuttkirurgi og anesthesiologi. Diagnostiske tjenester som røntgen og laboratorier må også ha døgnberedskap. Dimensjonering av aktiviteten må avstemmes med behovet. Det må unngås at lange ventetider fører til at pasienter som har planlagt innleggelse i stedet kommer inn akutt. En to-sykehusmodell vil innebære større behov for vaktlinjer, også for diagnostiske tjenester.

Et akuttpsykehus må være tilstrekkelig dimensjonert for rehabilitering/habilitering. Dette er særskilt viktig for pasienter med hjerneslag. Pasientene må tilbys lærings- og mestringstilbud som en naturlig del av pasientforløpet. Samhandling med kommunene vil ha avgjørende betydning for sømløs ivaretagelse og oppfølging på tvers av behandlingsnivåene.

Et godt tilbud i DMS-er vil redusere behovet for reiser betydelig. Akuttpsykehuset skal ta imot pasienter som har behov for innleggelse og samtidig være i takt med ny teknologi, slik at flere tjenester kan tilbys i pasientens hjem.

Avtalespesialistene bidrar sterkt til å tilby desentraliserte polikliniske tjenester innenfor ulike fagområder. Uavhengig av hvilken sykehusstruktur som velges, vil hjemler for avtalespesialister, ved strategisk plassering, kunne gi redusert reiseavstand for pasienter.

Pasientenes behov er utgangspunktet for diagnostikk, behandling og oppfølging. Det må være tydelig for pasientene hvilket tilbud de kan forvente å få. Reell medvirkning gjennom samvalg vil være avgjørende for et fremtidsrettet sykehusstilbud på Helgeland.

Sannsynligheten for å kunne tilby et robust behandlingstilbud med høy kvalitet, både i ett-sykehusmodell og to-sykehusmodell, avhenger av evnen til å rekruttere kompetent fagpersonell. Se omtale i kapittel 7.9.

7.5 Pasientstrømmer

Pasientstrømmen ut av Helgeland er liten (vedlegg 7).

Ett stort akuttpsykehus vil kunne påvirke pasientstrømmene internt på Helgeland i positiv retning. Pasientene vil slippe å reise mellom flere sykehus som har funksjoner delt mellom seg for å få sin behandling. Noen må kanskje reise litt lenger til akuttpsykehuset enn tidligere, men ved god koordinering kan det i sum bli mindre reising for pasienter med flere sykdommer som bruker sykehuset mye. En to-sykehusmodell kan bety at pasientene må reise mer mellom sykehusene. Dette avhenger av hvilket innhold som legges i akuttpsykehusene.

Et sykehus sør på Helgeland vil kunne begrense risiko for at pasienter velger behandling i Helse Midt-Norge. For Universitetssykehuset Nord-Norges regionfunksjoner er det viktig å beholde pasientene i regionen.

7.6 Prehospitale tjenester

Valg av sykehusmodell vil påvirke organisering og dimensjonering av prehospitale tjenester. Nedleggelse av akuttfunksjoner i Mosjøen kan medføre behov for styrking av bilambulansetjenesten. Dette behovet må utredes uansett valg av modell. En to-sykehusmodell vil bety minst endringer i de prehospitale tjenestene.

I saksfremlegget til styret for Helgelandssykehuset fremheves verdien av prehospitale tjenester som en kritisk del av den akuttmedisinske kjede, og at denne må utvikles videre uavhengig av hvilken modell som velges. Dette må gjøres i konseptfasen, slik at planlegging av denne tjenesten skjer parallelt med og i sammenheng med sykehusplanleggingen.

7.7 Pasientreiser

Ny sykehusstruktur vil medføre økt behov for pasientreiser. Økningen vil være minst i to-sykehusmodellen, se Tabell 3.

	Ett sykehus Mo i Rana	Ett sykehus Sandenessjøen	To sykehus MiR + SSJ	To sykehus SSJ + MiR
Antatt økning i 1000 km (avrundet)	7 300	5 800	4 100	3 400
Økning i driftskostnader (mill. kr)	18	15	10	8

Tabell 3 Økninger reiste antall kilometer og reisekostnader. Kilde: Presentasjon fra Deloitte i styremøte i Helgelandssykehuset 28.11.2019

Endring i transportavstand fordelt på kommuner fremkommer i vedlegg 6. Samlet transportbehov er størst dersom aktivitet samles i Mo i Rana. Sømna, Vega, Vevelstad og Træna vil da få særlig lang reisevei (mer enn 3 timer). Etableringen av DMS i Brønnøysund vil styrke tilbudet helt i sør.

Rødøy kommune har ved flere anledninger bedt om å bli overført i sin helhet til Nordlandssykehusets opptaksområde. Dagens situasjon er at pasientstrømmen går både til Rana og Bodø.

Dersom togtilbudet styrkes med flere holdeplasser og avganger, vil reisetilbudet for pasienten bli vesentlig bedre (Nordland fylkeskommune, 2016), særlig hvis sykehuset lokaliseres nært et togstopp.

7.8 Arbeidsreiser

Lange arbeidsreiser er en ulempe for dem som må bruke mye tid på det. Det bidrar til å gjøre sykehuset mindre attraktivt som arbeidssted, og er ikke rekrutterende. Det bidrar til mer biltrafikk og medfølgende lokale og globale utslipp.

Lokalisering i omegn av en av byene gir økt avhengighet av bil, fordi man neppe kan forvente et tilfredsstillende kollektivtilbud for reise til og fra jobb. Det vil også for de fleste bli for langt å gå eller sykle. Et tilsvarende togtilbud for arbeidsreiser som Saltenpendelen, vil kunne redusere belastningen for pendlere, særlig hvis sykehuset lokaliseres nært et togstopp.

Arbeidsreisen er ikke et kriterium som skiller de tre byene, ifølge den eksterne ressursgruppen (vedlegg 8). Etter definisjonen av omegn-begrepet i kapittel 7.1 anses 20 minutter som akseptabel avstand for arbeidsreise.

7.9 Rekruttere og beholde fagmiljø

Rekruttering av fagfolk er hovedårsaken til at det er nødvendig å gjøre noe med sykehusstrukturen på Helgeland. Rekruttering er en kritisk utfordring for alle sykehusene i Helse Nord, og særlig for de minste sykehusene. Størst vil rekrutteringsutfordringene være for spesialsykepleiere og legespesialister. Fremtidens sykehus vil også ha behov for nye yrkesgrupper, som f. eks. teknologer.

Helgeland har stort nok befolkningsgrunnlag for et stort akuttssykehus. Både samfunnsanalysen og ressursgruppens utredning er enige om at ett stort akuttssykehus kan ha rekrutterende effekt ved å samle flere fagområder i større miljø, som blir mer robuste. Blant fagfolk er det ikke stor uenighet om at det er klokt å samle seg i et stort sykehus. Det er lokaliseringen som skaper uenighet.

Flere faktorer kan bidra til å rekruttere og beholde fagfolk, blant annet:

- større fagmiljø
- interessante arbeidsoppgaver
- bredt, differensiert behandlingstilbud
- jobbmuligheter for partner
- barnehagedekning
- kort arbeidsreise

Menons samfunnsanalyse (vedlegg 9) viser at om ti år vil over halvparten av de som da er ansatt i Helgelandssykehuset være ansatte som ikke jobber der i dag. I Helse Nord har alle helseforetakene samme utfordringer som Helgelandssykehuset. Det er nødvendig å ha store nok fagmiljø slik at sykehusene kan utdanne sine egne legespesialister, sykepleiere og helsefagarbeidere.

Innleie av helsepersonell i Helse Nord er nesten doblet fra 2015 til 2019. Endringen er riktignok minst i Helgelandssykehuset, men er også der en stor utfordring. Innleie av helsepersonell er både en økt kostnad, og en potensiell utfordring for kvaliteten på tjenesten. Med fast ansatt personell øker sannsynligheten for at personalet er tilstrekkelig opplært i lokale og regionale prosedyrer. Faste ansatte i stabile fagmiljøer vil trygge den teambaserte, flerfaglige pasientbehandlingen, som i dag er blitt mer og mer vanlig. Trygge team øker pasientsikkerheten.

En to-sykehusmodell vil på sikt sannsynligvis bli mer krevende å rekruttere til enn ett stort akuttssykehus. En beslutning om å beholde to akuttssykehus, i Mo i Rana og i Sandnessjøen, vil i dag kunne bidra til å beholde de etablerte fagmiljøene. En alternativ tilnærming til en ett-sykehusmodell, vil kunne være å legge et større innhold i ett av de to akuttssykehusene. Et bredere innhold i ett av akuttssykehusene vil kunne redusere behovet for ambulerende fagfolk.

7.10 Forskning og innovasjon

Helse Nord har en langsiktig strategi om å styrke helsetjenesteforskningen. Strategien innebærer et større samspill mellom helseforetak, universitetene og forskningsmiljøet ved UNN. Helseforetakene stimulerer forskning i egen virksomhet gjennom såkornmidler.

En viktig forutsetning er at det internt i sykehus legges til rette slik at helsepersonell kan kombinere vakttjeneste/klinisk arbeid med forskning. Dette bør i utgangspunktet skje i alle sykehus uavhengig av organisering, men mulighetene vil være best i større sykehus hvor klinikere i større grad kan frigjøres til forskning.

7.11 Utdanning

Utvikling av utdanningstilbudet på Helgeland er en av de viktigste faktorene for å sikre fremtidig kompetanse. Den eksterne ressursgruppen har pekt på at nærhet til Campus Helgeland i Mo i Rana taler for at det er gunstig å legge et sykehus til Mo i Rana. Erfaringer er at ungdom som har et desentralisert utdanningstilbud i større grad blir værende i distriktene.

Under planleggingen av nytt sykehus i Hammerfest er det inngått avtale mellom Finnmarkssykehuset HF og Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet (UiT), om leie av 3000 m² i nye Hammerfest sykehus. (UiT har årlig plass til inntil 12 medisinerstudenter som gjennomfører de siste to studieårene i Hammerfest.) Det er også inngått avtale mellom Finnmarkssykehuset HF og Hammerfest kommune om leie av 6000 m².

Ved Nordlandssykehuset Bodø planlegges det, i samarbeid med Bodø kommune og Nord universitet, etablering av et helsehus, som også kan huse høyere utdanning.

Samme ambisjon kan også tenkes for utvikling av et robust utdanningstilbud på Helgeland, både innenfor medisin og sykepleie, og kanskje også utdanning til helsefagarbeider innen videregående skole. Et bredt fagmiljø vil gjøre dette mer attraktivt. Avstandene på Helgeland kan ikke anses som så store at lokalisering av sykehus får avgjørende vekt for utdanningstilbudet.

7.12 Fødetilbudet

Faktaopplysningene i dette kapittelet er hentet fra rapporten om fødetilbudet utarbeidet av en intern arbeidsgruppe i Helgelandssykehuset (vedlegg 10).

Fødselstallene i Norge går drastisk nedover. Nord-Norge og Helgeland er ikke noe unntak. Her har nedgangen vært større enn i andre deler av landet (Frøyen & Steinholt, 2019). I Nordland har fødselstallet gått ned fra 2,02 per 1000 kvinne i 2009, til 1,54 barn per 1000 kvinne i 2018. I 2018 hadde de to fødeavdelingene og fødestua i Helgelandssykehuset til sammen 634 fødsler. I snitt blir om lag ytterligere 50 kvinner selektert til å føde på kvinneklinikk ved Nordlandssykehuset Bodø.

Å drifte én fødeavdeling krever minimum fem gynekologer i døgnavt. Disse stillingene er i dag besatt i begge fødeavdelingene i Helgelandssykehuset. Det er én barnelege i foretaket. Fødeavdelingene og fødestua har til sammen ansatt jordmødre i 34,5 årsverk og ca. 9 årsverk barnepleiere. Det har alltid vært vanskelig å rekruttere gynekologer til fødeavdelingene. Det har vært relativt god rekruttering av jordmødre og barnepleiere.

Den interne arbeidsgruppen i Helgelandssykehuset som har belyst fødetilbudet, konkluderer med at i fremtiden vil én fødeavdeling med en fødestue i Brønnøysund være det som best rekrutterer fagfolk. Yngre leger, jordmødre og barnepleiere foretrekker å arbeide i større fagmiljøer der vaktbelastningen er mindre. Med en klar trend i lavere fødselstall er det ikke behov for mer enn én fødeavdeling. Ulempen er at gravide får lengre reisevei enn i dag. Mellom Mosjøen, Mo i Rana og Sandnessjøen er det relativt kort reisevei, og sammenliknet med Salten er reiseveien betydelig kortere.

Selv i en to-sykehusmodell bør det vurderes om det ikke er tilstrekkelig med én fødeavdeling. To fødeavdelinger, og en fødestue i Brønnøysund, blir ikke bare mer kostbar, men også vanskeligere å rekruttere til.

7.13 Samhandling med kommunene

Demografiske, medisinske og teknologiske utviklingstrekk krever at primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gjør store endringer. Det er et overordnet mål at pasientene skal få god utredning, behandling og opplæring, samt bli møtt med rett kompetanse til rett tid på rett sted så nært hjemstedet som mulig. Nasjonal helse og sykehusplan gir klare føringer for at en større del av behandlingene vi gir i sykehusene i dag, i fremtiden flyttes til kommunene og pasientens hjem.

Det ønskes et tettere samarbeid mellom sykehus, kommuner og bedrifter for å utnytte teknologien best mulig i fremtidig sykehus, DMS og kommuner/hjem. Dette fordrer tydelig ansvarsavklaring mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ved å:

- avklare behandlingsansvar når spesialisthelsetjenesten følger opp pasienter i hjemmet eller på kommunale arenaer
- samarbeide om oppgaver i DMS
- etablere tydelig finansieringsmodell

Nasjonal helse- og sykehusplans hovedgrep er at helseforetak og kommuner jobber målrettet sammen gjennom helsefellesskap for å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp. Helgelandssykehuset skal samhandle med 17 kommuner i opptaksområdet, og vil utgjøre ett helsefellesskap. Helsefellesskapenes innhold og organisering er tydelig beskrevet, og dette må Helgelandssykehuset løse uavhengig av ett- eller to-sykehusmodell.

7.14 Teknologisk utvikling

Nasjonal helse- og sykehusplan har innført begreper som utadvendte sykehus, hjemmesykehus og nærværsoppfølging. Fremtidens spesialisthelsetjenester vil bruke teknologiske løsninger vi i dag ikke kjenner, både i og utenfor sykehus. Den teknologiske utviklingen vil revolusjonere måten både spesialist- og kommunehelsetjenesten gir helsetjenester på.

Pasientene vil i fremtiden ha utstyr som gir dem mulighet til å kartlegge sin tilstand, kunne vurdere den og eventuelt igangsette behandling i eget hjem. Hjemmedialyse er i dag et eksempel. Utviklingen går fort, og vi evner ikke å ta inn over oss i hvor stor grad teknologi vil endre helsetjenesten slik vi kjenner den i dag.

Investeringer i teknologi er kostbart. Drift og vedlikehold krever spisskompetanse. En samling av pasienttilbudet i ett sykehus vil legge bedre til rette for å være med i den teknologiske utviklingen.

7.15 Samfunnssikkerhet

Samfunnsanalysen har vurdert hvorvidt hensynet til samfunnssikkerhet og beredskap skal tillegges vekt ved beslutning om struktur. Basert på en samlet vurdering av høringsinnspill og intervjuer med relevante interessenter, finner analysen at en endret sykehusstruktur ikke vil være av avgjørende betydning med hensyn til samfunnssikkerhet og beredskap, verken for samfunn eller enkeltaktører.

En lokalisering i omegn, det vil si cirka 20 minutter utenfor bysentra, endrer ikke konklusjonen i vurderingen.

Industrien i Rana og Mosjøen er omfattet av storulykkeforskriften, og skal ha egen beredskap. Industrien både i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen mener at nærhet til akuttstusykehus er av vesentlig betydning i tilfelle storulykke. Konsekvens av en eventuell storulykke er et mulig stort skadeomfang. Dette gjelder industrien både i Mosjøen og Mo i Rana. Historiske tall for ulykkesstatistikken i industrien tilsier liten sannsynlighet for slik hendelse.

7.16 Økonomi

Helgelandssykehuset har lagt vekt på å ha økonomisk handlefrihet til å utvikle pasienttilbudet og ta i bruk ny teknologi. Fremtidig bærekraft er derfor nøkternt beregnet.

Helse Nord RHF's beregninger viser at Helgelandssykehuset kan ha bærekraft både i ett- og to-sykehusmodellen. Dette er gjort rede for i vedlegg 11.

Bærekraft er avhengig av flere forhold. Spesielt viktig er det at foretaket holder igjen besparelsen som oppstår de neste årene knyttet til reduserte avskrivninger. Størst betydning for økonomisk bærekraft, er antall sykehusenheter og DMS-er.

7.17 Samfunnsutviklingen

Sykehus, distriktpsikiatriske senter, distriktsmedisinske senter og andre helseinstitusjoner er ofte store og viktige arbeidsplasser på stedene de er lokalisert. At en institusjon med mange arbeidsplasser opprettes eller legges ned, kan ha betydningsfulle ringvirkninger for samfunnet rundt.

Spesialisthelsetjenesten har ikke ansvar for arbeidsplasser og deres konsekvenser for lokalsamfunn. Vi skal ta hensyn til pasientenes behov for helsetjenester, og hvordan disse best kan gis. Likevel anerkjenner Helse Nord den betydningen vår virksomhet har i lokalsamfunn og for samfunnsutviklingen, og vi ønsker å bidra i å utvikle Nord-Norge. I en kompleks sak som sykehusstruktur på Helgeland, vil det sannsynligvis, uansett beslutning, få negative konsekvenser for noen kommuner. På kort sikt vil en to-sykehusmodell få færrest negative samfunnskonsekvenser. På lang sikt er det vanskelig å gi et presist svar fordi så mange faktorer spiller sammen. Det er stor sannsynlighet for at en ett-sykehusmodell vil være mer bærekraftig på lang sikt. Samfunnsanalysen utført av Menon viser at befolkningsutviklingen og næringsliv i liten grad påvirkes av sykehusendringen.

7.18 Interimperioden

Administrerende direktør i Helgelandssykehuset har i sin begrunnelse for to-sykehusmodellen blant annet vektlagt risiko i interimperioden, det vil si fra beslutning om struktur til ferdigstilling av omstrukturering.

Størst risiko er knyttet til kompetanse, både risiko for å miste nåværende kompetanse og for å rekruttere fremtidig kompetanse. På kort sikt vil det være svært viktig at organisasjonen utarbeider en faglig utviklingsplan slik at medarbeidere ser et fremtidsbilde som de identifiserer seg med.

I samfunnsanalysen har Menon kartlagt pendlervilje, og funnet at den er minst blant ansatte i Mo i Rana. I aksen Mosjøen-Sandnessjøen er pendlerviljen større. Erfaringer fra andre eksempler med flytting av arbeidsplasser viser at situasjonen har stabilisert seg etter ett til fem år. Samfunnsanalysen viser at om ti år vil over halvparten av de ansatte i Helgelandssykehuset være ansatte som ikke arbeider der i dag.

Hvis mange ansatte velger å slutte, slik at det blir vanskelig å opprettholde pasienttilbudet i interimperioden, skal Helse Nord RHF sørge for at pasientene får behandlingstilbud i andre sykehus i regionen. Det er viktig at slike tiltak blir så kortvarige som mulig, hvis de viser seg nødvendig.

Beslutning om lokalisering av sykehus må sees i et 30–40 års-perspektiv. Det er derfor grunn til å legge størst vekt på risiko rundt fremtidig rekruttering. Ett stort akuttssykehus på Helgeland vil være det mest gunstige for fremtidig rekruttering.

Et annet forhold som må vurderes i interimperioden, er i hvilken grad prosjektet medfører risiko/ulempe for daglig drift. Erfaringer fra Nordlandssykehuset Bodø tilsier at så langt det er mulig, bør utbygging tett innpå sykehusdriften unngås.

8. Risikovurdering og oppsummering

Denne risikovurderingen oppsummerer og vurderer områdene som er gjort rede for i kapittel 7.

	2020–2030			2030–2040		
	Ett sykehus		To sykehus	Ett sykehus		To sykehus
	MiR	SSJ	MiR og SSJ	MiR	SSJ	MiR og SSJ
Pasienttilbud psykisk helse og rus						
Pasienttilbud somatikk og rehabilitering						
Pasientstrømmer						
Prehospitale tjenester						
Pasientreiser						
Arbeidsreiser						
Rekruttere og beholde						
Forskning og innovasjon						
Utdanning						
To fødeavdelinger						
Samhandling med kommunene						
Teknologisk utvikling						
Samfunnssikkerhet og beredskap						
Økonomi						
Samfunnsutviklingen for Helgeland						
Interimsperioden				Ikke relevant	Ikke relevant	Ikke relevant

Tabell 4 Risikovurdering

Forklaring av vurderingene:

Pasienttilbud psykisk helse og rus

Ved ett-sykehusmodell legger vi til grunn at døgntilbudet i psykisk helse og rus ved distriktpspsykiatrisk senter (DPS) er samlet med den somatiske virksomheten, i tråd med nasjonale føringer. I en to-sykehusmodell må akuttssykehusene sørge for tett integrering mot døgntilbudene.

Pasienttilbud somatikk og rehabilitering

En to-sykehusmodell, hvor et av akuttsykehusene har et smalere tilbud, kan medføre at fagfolk velger å flytte og finne jobb annet sted. Dette vil svekke pasienttilbudet. Spesielt på lang sikt vil dette kunne gjøre seg gjeldende, og det blir utfordrende å sikre stabile fagmiljøer som opprettholder pasienttilbudet.

Pasientstrømmer

Ved ett stort akuttsykehus i Mo i Rana er det risiko for at pasientstrømmen fra Sør-Helgeland mot Helse Midt-Norge kan øke. DMS-et som er vedtatt og under oppbygging i Brønnøysund, vil gi pasientene på Sør-Helgeland et mye større tilbud enn per i dag, og vil bidra til å beholde pasientene på Helgeland.

I og med at pasientgrunnlaget i utgangspunktet er lite, er pasientstrømmer ut av regionen en risiko som kan påvirke helsetjenestetilbudet for hele regionen, særlig for å kunne opprettholde regionsykehusfunksjonen ved UNN Tromsø.

Prehospitaltjenester

Ett-sykehusmodellen vil innebære endringer og økte kostnader for prehospitaltjenester fordi tilbudet må styrkes for å kompensere for økte avstander.

Pasientreiser

Ett-sykehusmodellen vil innebære økte kostnader for pasientreiser fordi flere pasienter må reise lenger enn i dag.

Arbeidsreiser

Ett-sykehusmodellen vil på kort sikt bety at flere ansatte må reise lenger enn i dag. På lang sikt er det sannsynlig at ansatte i større grad har bosatt seg i nærheten av arbeidsplassen.

Rekruttere og beholde

I en ett-sykehusmodell i Mo i Rana vil en større del av arbeidsstokken allerede være bosatt i området og ansatt i sykehuset. Dagens ansatte i Sandnessjøen og Mosjøen vil måtte pendle til Mo i Rana. Dette blir motsatt med ett sykehus i Sandnessjøen.

To-sykehusmodellen vil, etter alle faglige råd, være mer krevende å rekruttere til enn ett-sykehusmodellen, både på kort og lang sikt.

Forskning og innovasjon

Forutsetninger for forskning og innovasjon, vil være best i større sykehus hvor klinikere i større grad kan frigjøres til forskning.

Utdanning

Avstandene på Helgeland kan ikke anses som så store at lokalisering av sykehus får avgjørende vekt for utdanningstilbudet.

To fødeavdelinger

På kort og lang sikt vil det være svært krevende å rekruttere nok fagfolk til to avdelinger. Dersom trenden med fallende antall fødsler forsetter, vil det på lang sikt ikke være nok fødsler til å opprettholde to fødeavdelinger.

Samhandling med kommunene

Jo flere enheter som skal samhandle, jo mer kompleks blir samhandlingen.

Teknologisk utvikling

Investeringer i teknologi er kostbart. Drift og vedlikehold krever spisskompetanse. En samling av pasienttilbudet i ett sykehus vil legge bedre til rette for å være med i den teknologiske utviklingen.

Samfunnssikkerhet og beredskap

Ny sykehusstruktur vil ikke ha avgjørende betydning.

Økonomi

Ett sykehus i Mo i Rana er bærekraftig på kort sikt. Løsningen med renovering av dagens bygningsmasse supplert med nybygg er en kostnadseffektiv løsning på kort sikt. På lang sikt er det grunn til å tro at bygningsmassen må ha en fullverdig modernisering.

Ett-sykehusmodellen i Sandnessjøen krever nybygg. Dette gir høyere kostnader på kort sikt, men lengre varighet og bedre funksjonalitet.

To-sykehusmodellen innebærer en kombinasjon av renovering og nybygg, som bidrar til risiko. Den innebærer også mer areal, og derved mindre potensial for å redusere kostnader.

Samfunnsutviklingen for Helgeland

Ett sykehus i Mo i Rana vil på kort sikt ha de største konsekvensene for samfunnsutviklingen sør på Helgeland.

Interimperioden

Ett sykehus, om det legges til Mo i Rana eller Sandnessjøen, vil medføre stor omstilling for de ansatte.

I en to-sykehusmodell med funksjonsdeling er det risiko for at sykehuset med det smaleste tilbudet ikke lykkes i å beholde fagfolk og opprettholde tilbud.

9. Medbestemmelse

Prosjekt Helgelandssykehuset 2025 - struktur og lokalisering vil bli drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 17. desember 2019. Protokoll fra drøftingsmøtet legges fram ved møtestart.

10. Brukermedvirkning

Prosjekt Helgelandssykehuset 2025 - struktur og lokalisering vil bli behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 16. desember 2019. Protokoll fra RBU-møtet legges fram ved møtestart.

11. Adm. direktørs vurdering

Sykehusstruktur på Helgeland har vært på dagsorden siden 1990. Størst oppmerksomhet har det vært om organiseringen av akuttkirurgisk beredskap og fødselstjenesten. Fylkestinget besluttet i 1998 et stort sykehus i Sandnessjøen. Beslutningen ble aldri gjennomført. I 2006/2007 ble det gjort endringer i den akuttkirurgiske beredskap i Mosjøen, og fødeavdelingen ble omgjort til fødestue. Fra 2016 var det slutt på fødsler i Mosjøen. Nåværende arbeid med framtidig sykehusstruktur, kalt Helgelandssykehuset 2025, startet formelt tidlig i 2013. Helgelandssykehuset fikk i OD 2013 i oppgave å arbeide med temaet og styret for Helse Nord RHF behandlet 21. mars 2013 Informasjonssak 37-2013/3 Helgelandssykehuset HF – struktur. Utgangspunktet for prosessen var klare tilbakemeldinger fra fagmiljøene om at Helgelandssykehuset ville ha problemer med å rekruttere spesialisert personell, og anbefalingen var ett sykehus.

Jeg innleder med dette for å bevisstgjøre at slike prosesser er langvarige, omfatter mange interesser og er krevende på mange nivå, og for mange mennesker. Det involverer medarbeidere, ledelse, tillitsvalgte, brukerrepresentanter, lokalbefolkning, kommunale, regionale og nasjonale myndigheter. Det store engasjementet som ligger til grunn for faglige og politiske innspill har gitt vesentlige bidrag til prosessen. Det har bidratt til å tydeliggjøre ulike valg og hensyn, både når det gjelder krav til kvalitet, tilgjengelighet for befolkningen, konsekvenser for samfunnsutvikling, kostnader og lokalsamfunn. Kunnskapsgrunnlaget for å treffe en beslutning er i hovedsak klargjort, så langt det lar seg gjøre. Avveiningen av de enkelte elementer lar seg ikke gjennomføre i en enkel modell. I konklusjonen må derfor kunnskap suppleres med kvalifisert skjønn. Beslutningen som nå skal gjøres må gi en klar retning for videre arbeid med konseptfasen. Spørsmål som ikke er tilstrekkelig utredet må vurderes i konseptfasen.

Hva legges til grunn for anbefalingen?

Struktur for spesialisthelsetjenesten skal avgjøres i foretaksrådet for Helse Nord RHF etter behandling i styrene i Helgelandssykehuset og Helse Nord RHF. I min anbefaling til styret i Helse Nord RHF vil jeg legge følgende til grunn:

1. Vårt sørge-for-ansvar overfor befolkningen for å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det.
2. Det må utvikles løsninger som både for Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF er bærekraftige - både faglig, for rekruttering og økonomisk.

Hvilke alternativer vurderes?

I min vurdering legger jeg til grunn at utviklingen av et DMS i Brønnøysund ligger fast. Videre vurderer jeg to alternativer, en ett-sykehusmodell uavhengig av lokalisering og en to-sykehusmodell med lokalisering i Rana og Sandnessjøen. Begge alternativene tar utgangspunkt i administrerende direktør, Helgelandssykehuset HF sin saksutredning, og innholdet i voteringen i styret for Helgelandssykehuset.

Det er ikke vanskelig for administrerende direktør i Helse Nord RHF å gi sin tilslutning til at ett-sykehusmodellen, for Helgelands nær 80000 mennesker, har fordeler. En får da et «komplett sykehus» med mange relevante fagmiljø samlet, med de positive effekter slik konsentrasjon av kompetanse har. Ett stort akutt sykehus har medisinsk sitt fortrinn, særlig i samling av kirurgiske akuttfunksjoner. Dette utgjør en mindre del av den samlede kirurgiske virksomhet, men den krever spesialisert kompetanse. Ved akutte mage/tarm problemer er det også behov for at pasienter vurderes av indremedisiner. De aller fleste slike tilstander ender ikke med kirurgisk inngrep.

Ortopedi er det kirurgiske fagområdet med størst akutt aktivitet når en inkluderer skader av ulik art (håndledd, ankler og enklere brudd). Mye er, som i øvrig kirurgi, planlagt virksomhet som skjer som dagbehandling og poliklinisk behandling. Den store og virkelig akutte kirurgien er allerede i all hovedsak funksjonsdelt til Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset, men pasienter blir ofte først vurdert og stabilisert ved et akutt sykehus.

Indremedisinsk øyeblikkelig hjelp utgjør nærmere 65% av alle øyeblikkelig hjelp innleggelser ved et sykehus på dette nivå. Det er fagfeltet hvor det haster, og der reise/transporttid kan være avgjørende for et godt behandlingsresultat. Dette hensynet taler ikke for ett-sykehusmodellen. Et slikt alternativ vil forlenge avstanden til sykehus for pasienter med tilstander som haster. I tillegg vil pasientpopulasjonen, som i økende grad består av eldre, være stor nok også i et to-sykehusalternativ. Skal ett-sykehusmodellen velges, må den geografiske plasseringen være optimal i forhold til avstander og befolkningskonsentrasjoner.

Organisering av fødselsomsorgen har vært debattert i ulike sammenhenger. Til grunn for utviklingen i Helse Nord ligger Helsedirektoratets veileder «Et trygt fødetilbud». I styresak 31-2011 Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord ble prinsipper for og organisering av fødselsomsorgen i Helse Nord vedtatt. Her ble en desentralisert struktur lagt til grunn. Ikke minst ble avstand som kvalitetskriterium vektlagt på tross av anbefalinger fra fagmiljøene om sentralisering fordi antall fødsler var få ved den enkelte enhet. Det er dokumentert at avstand til fødetilbud kan påvirke utfallet både for mor og barn. Utviklingen med et redusert antall fødsler har bare forsterket seg i de siste 20-25 år. En faggruppe i Helgelandssykehuset har foreslått at det etableres én fødeavdeling i helseforetaket. Problemstillingen handler først og fremst om antall fødsler ved den enkelte enhet og nødvendig trening for den enkelte jordmor/gynekolog, særlig i håndteringen av fødselskomplikasjoner. Slike komplikasjoner er sjeldne ved de mindre avdelingene. Disse avdelingene vil derfor også være mindre egnet til spesialistutdanning, og dermed vanskeligere å rekruttere til.

Det følger også stordriftsfordeler av å samle funksjoner og spesialiteter i ett fysisk samlokalisert sykehus, i alle fall i sykehus på den størrelse vi snakker om her. Det er sist dokumentert ved professor Terje P. Hagens gjennomgang av internasjonale erfaringer med sykehusfusjoner: Endring av organisering i form av fysisk samlokalisering er det som gir økonomiske effekter.

Geografiske hensyn, med særlig vekt på ulike pasientgruppers behov, avstander mellom alternative lokalisasjoner og befolkningens bosettingsmønster, gjør bildet mer komplekst. Å samle alle sykehusfunksjoner i Rana, skaper stor avstand til Sør-Helgeland.

Flertallet av befolkningen bor sør for Korgfjellet. Ett-sykehusmodellen, lokalisert til Sandnessjøen, innebærer på den annen side at Helgelands klart største befolkningskonsentrasjon blir uten sykehus. Speilvending av modellene, med samme avstander, gjør i hovedsak ikke alternativene mer akseptable. En to-sykehusmodell vil øke tilgjengeligheten for pasientene, ettersom mange av pasientene vil kunne få behandling på det nærmeste sykehuset. Betydningen av nærhet til sykehuset er særlig viktig for den store og viktige gruppen pasienter med akutte indremedisinske tilstander (hjerne, lunge, hjerne og sepsis) og for den voksende gruppe av skrøpelige eldre med kronisk og akutt sykdom. For disse vil lokalsykehuset, i nært samspill med kommunehelsetjenesten, både håndtere akutte tilstander og løpende behov for diagnostikk og avklaringer. Nærhet og tilgjengelighet for disse pasientene må veie tungt i pasientenes helsetjeneste.

Med tanke på framtidig mulighet for rekruttering er jeg enig i at ett-sykehusmodellen vil ha størst kraft. Rekrutteringsevnen vil også påvirkes av lokalisering. Det gjelder også i to-sykehusmodellen. Ulike lokalisasjoner vil ha ulikt rekrutteringspotensial. I min vurdering av hvilke alternativer som vil ha den beste rekrutteringseffekten må jeg støtte meg på vurderinger gjort av Ressursgruppen og i Samfunnsanalysen. Her kommer Mo i Rana best ut, og deretter Sandnessjøen og Mosjøen. Risikoen ved ulike modeller/lokaliseringer øker ved redusert mulighet for rekruttering. I en samlet vurdering må dette vektlegges opp mot andre hensyn.

Framtidig rekrutteringsbehov påvirkes også av situasjonen i dagens fagmiljøer. Erfaring fra arbeid med rekruttering i Helse Nord de siste 15 årene viser hvor krevende dette er. I et rekrutteringsperspektiv må det derfor også legges vekt på hva som allerede finnes av bærekraftige fagmiljø. Ortopedimiljøet i Mo i Rana er et godt eksempel. Miljøet har lang tradisjon og sterk kultur, det har utviklet seg over ti-år og har spesialisert seg. Det samme kan til en viss grad sies om rehabiliterings- og øre-nese-halsfunksjonene ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen.

Muligheter for å rekruttere er det viktigste argument for sykehuslokalisering til Rana. Samfunnsmessige konsekvenser for befolkning, kommune og arbeidsmarked er viktige hensyn som særlig må vurderes for Sandnessjøen. Slike forhold skal også vektlegges i arbeidet med saker av stor samfunnsmessig betydning, jf. helseforetakslovens bestemmelser.

En to-sykehusmodell vil kunne redusere investeringskostnadene, ettersom en slik løsning i større grad kan gjenbruke deler av dagens bygningsmasse, dersom den holder en tilstrekkelig standard. I motsatt fall kan kostnadene bli større. Dette må beregnes nøyere i konseptfasen.

Betydning for lokalsamfunn, nærings- og arbeidsliv mv.

Organisering av spesialisthelsetjenesten skal først og fremst understøtte vårt sørge for ansvar og hensynet til å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen. For lokalsamfunn og nærings- og arbeidsliv har lokaliseringen av slike funksjoner betydning for arbeidsmarkedet og attraktivitet i rekrutteringssammenheng. Det kan bety noe for mennesker som vurderer å flytte til eller fra, at tjenestetilbudet finnes nært til bosted. I tillegg løftes ofte beredskapsfunksjonen fram. Stor virksomhet som industrien har sine egne beredskapsfunksjoner. Et sykehus nært industrien vil ha oppgaver ved skader og ulykker, uten at dette er et avgjørende element når ulike lokaliseringer skal vurderes.

Anbefaling for framtidig organisering

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen på Helgeland får en likeverdig tilgang til gode spesialisthelsetjenester. Dette skal skje ved tjenester som Helse Nord selv yter, ved virksomheter som Helse Nord RHF har avtale med eller gjennom ordningen med Fritt behandlingsvalg. Høyspesialiserte tjenester skal UNN, som et fullverdig regionsykehus, yte til befolkningen i hele landsdelen. Nordlandssykehuset Bodø skal ha et bredt tilbud som på endel spesialiserte områder også omfatter Helgelands befolkning. Spesialisthelsetjenestetilbudet skal ses i sammenheng for hele Helse Nord. I denne saken skal vi ta stilling til hvilke tjenester som skal ytes på Helgeland (normalt ca. 70 % av alle pasientkontakter). I konseptfasen skal en drøfte og fastlegge samarbeidsformer mellom Nordlandssykehuset/UNN og Helgelandssykehuset omkring ulike faglige tilbud for Helgelands befolkning.

Utgangspunktet for Helgelandssykehuset 2025 var behov for rekruttering for å skape et stabilt fagmiljø. Det er ett viktig element når framtidig struktur skal bestemmes, men det er ikke det eneste. Først og fremst skal framtidig struktur baseres på hva som vil gagne de som skal bruke tjenestene, pasientene. Her vil jeg legge særlig vekt på hensynet til det store volum øyeblikkelig-hjelp-pasienter innen indremedisin. For mange av disse haster det. Mange av dem er eldre pasienter, og denne andelen vil øke.

Jeg vil anbefale at konseptfasen for Helgelandssykehuset 2025 baseres på en kombinasjon av en to-sykehusmodell og en ett-sykehusmodell. To-sykehusmodell som akuttsykehus, ett i Sandnessjøen og ett i Mo i Rana, begge med indremedisinsk og akutt kirurgisk beredskap, og ett-sykehusmodell ved funksjonsdeling av ulike andre spesialiteter til ett av de to sykehusene, som i praksis vil være ett-sykehusmodellen med et stort befolkningsgrunnlag. Når jeg velger å foreslå akuttbereidskap i indremedisin og kirurgi to steder, vil pasientgrunnlaget ikke forsvare betegnelsen stort akuttsykehus (60 000–80 000). Etter min vurdering vil dette også være det alternativet som best understøtter regionale utviklingsstrategier, jf. også vedtak i Nordland fylkesting. En nødvendig forutsetning for dette forslaget er at spesialisthelsetjenestetilbudet på Helgeland skal organiseres og drives som ett sykehus. Det betyr også at en i konseptfasen skal utmeisle hvordan ambulering skal ivaretas for fagområder med stor andel poliklinikk/dagbehandling.

Jeg velger også å anbefale, på dette tidspunkt, at ordningen med to fødeavdelinger videreføres. Helse Nord har lagt til grunn en desentralisert fødselsomsorg. Avstand er også et kvalitetskriterium. Med god seleksjon kan fødsler på ethvert nivå skje på en trygg måte. Utfordringen er rekruttering og nødvendig trening. I konseptfasen må det vurderes om et eventuelt fortsatt synkende fødselstall skal få betydning for tilbudet på de to stedene. I denne fasen må også organiseringen av gynekologiske oppgaver gjennomgås.

Hva angår lokalisering av andre spesialiteter/funksjoner legger jeg særlig vekt på at rekruttering er den mest sentrale forutsetning for å kunne ha et godt faglig tilbud. I første omgang er det derfor naturlig, så langt det er forenlig med overordnet struktur, å ta utgangspunkt i allerede eksisterende fagmiljø og bygge på disse. Dette betyr for eksempel at ortopedisk kirurgi lokaliseres i Rana og at spesialisert rehabilitering/fysikalsk medisin og øre-nese-hals funksjonen har sin base i Sandnessjøen.

Gastrokirurgien er viktig, ikke minst fordi den har et visst volum av kreftkirurgi, slik funksjonsdelingen nå er. Her har det over lang tid vært store utfordringer med rekruttering av godkjente spesialister. I fagområdet foregår det i økende grad spesialisering på ulike deler av mage-tarm området. God kvalitet på tjenestene er avgjørende for gode behandlingsresultater. Det foreligger ikke i dag et beslutningsgrunnlag for å avklare hvor gastrokirurgien skal lokaliseres. Dette spørsmålet må avklares i konseptfasen.

Som grunnlag for arbeidet i konseptfasen foreslås slik hovedstruktur med lokalisering av behandlingstilbudet i Helgelandssykehuset:

Helgelandssykehuset Sandnessjøen (Sandnessjøen og omegn):

Indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaksamarbeid med Nordlandssykehuset). Det foreslås videre at Sandnessjøen sykehus skal ha urologi, plastikk-kirurgi, spesialisert rehabilitering/fysikalsk medisin, og øre-nese-hals som krever sengekapasitet.

Helgelandssykehuset Mo i Rana:

Indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, ortopedi med akuttberedskap, fødeavdeling (nivå utredes videre), anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaksamarbeid med Nordlandssykehuset).

Psykisk helsevern og rus:

Videre utvikling av tjenestene baseres på dagens DPS-struktur med sengekapasitet og poliklinikker. I konseptfasen må det gjøres en vurdering av hvordan det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og rus skal styrkes innen framtidig struktur, jf. nasjonale målsettinger.

Akutt- og mottaksmedisin:

Spesialist i akutt- og mottaksmedisin er en bredspesialitet som yter behandling og stabilisering av pasientgrupper i ulike fagfelt. I tillegg til kompetanse i indremedisin har de også kompetanse i ortopedi, skadekirurgi, pediatri og gynekologi, og man har ansvar for flyt og organisering i akuttmottaket. Etter hvert som en får utdannet flere spesialister i akutt- og mottaksmedisin vil denne spesialiteten få betydning også på mindre sykehus. Hvordan denne spesialiteten skal fases inn og hvilke konsekvenser det får må vurderes i konseptfasen.

Tilbudet til barn:

Her må det sengebaserte tilbudet ses i sammenheng med Nordlandssykehusets geografiske område og tjenestetilbud. Det foreslås ikke å etablere egen barneavdeling med senger. Befolkningsgrunnlaget for en slik generell avdeling er for lite. Helseatlas for barn viser at forbruket av slike tjenester i det geografiske området allerede er høyt. En avdeling vil svekke grunnlaget for en spesialisert barneavdeling i Nordlandssykehuset Bodø. Det polikliniske tilbudet for barn må videreutvikles. Fagområdene urologi (Sandnessjøen) og ortopedi (Rana) vil ha et visst tilfang av barn. Det må avklares, i samarbeid med Nordlandssykehuset, hvordan dette tilbudet skal organiseres.

Polikliniske somatikk-tilbud i Mosjøen:

I konseptfasen anbefales at en vurderer om det er hensiktsmessig å yte noen polikliniske somatikk-tilbud i Mosjøen. Dette både som et godt tilbud til flere pasientgrupper og som en mulighet for å styrke det somatiske tilbudet til de pasienter innen psykisk helsevern som får sin behandling i Mosjøen.

Øvrige tjenester/samarbeid med Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF:

Det foreslås at øvrige tilbud utredes videre i konseptfasen. Dette vil særlig omfatte polikliniske spesialiteter. Her skal det legges vekt på å organisere dette slik at tjenestene kan ytes nært folk, men med samlede fagmiljø. I den forbindelse bør en særlige vurdere om det er hensiktsmessig å yte noen polikliniske somatikk-tilbud i Mosjøen. I arbeidet med konseptfasen bør det også gjøres tydelig hvilke oppgaver og funksjoner, for Helgelands befolkning, som skal ivaretas av/i samarbeid med henholdsvis Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge.

Organisering av den faglige virksomhet i Helgelandssykehuset HF:

Organiseringen av den faglige virksomheten tilligger Helgelandssykehuset HF. Som et premiss for arbeidet med konseptfasen legges inn at Helgelandssykehuset HF må drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokalisasjoner.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Befolkningen på Helgeland skal sikres et spesialisthelsetjenestetilbud som baseres på nærhet for store pasientgrupper og når det haster, kombinert med funksjoner for hele Helgeland med utgangspunkt i eksisterende fagmiljø.

1. Styret i Helse Nord RHF viser til adm. direktørs saksframlegg og anbefaler at arbeidet med konseptfasen for *prosjekt Helgelandssykehuset 2025* gjennomføres i tråd med saksutredningen.
2. Strukturen på det somatiske tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset skal baseres på følgende:
 - a) **DMS i Brønnøysund** planlegges som forutsatt.
 - b) **Helgelandssykehuset Sandnessjøen som akuttisykehus:**
Indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaksamarbeid med Nordlandssykehuset).
Det foreslås videre at Helgelandssykehuset Sandnessjøen skal ha urologi, plastikk-kirurgi, spesialisert rehabilitering/fysikalsk medisin, og øre-nese-hals som krever sengekapasitet.
 - c) **Helgelandssykehuset Mo i Rana som akuttisykehus:**
Indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, ortopedi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaksamarbeid med Nordlandssykehuset HF).
3. Sykehuset i Mo i Rana lokaliseres ved nåværende bygningsmasse. Lokaliseringen av sykehuset i Sandnessjøen og omegn avgjøres i konseptfasen.
4. I konseptfasen vurderes om det er hensiktsmessig å yte noen polikliniske somatikk-tilbud i Mosjøen.
5. Styret forutsetter at Helgelandssykehuset HF skal drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokalisasjoner. Befolkningen skal møte en kunnskapsbasert praksis, og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med kvalitet.
6. Styret ber om at tjenestetilbudet i rus og psykisk helsevern videreutvikles med basis i dagens DPS-struktur med sengekapasitet og poliklinikker. I konseptfasen må det også gjøres en vurdering av hvordan det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og rus skal styrkes innen framtidig struktur, jf. nasjonale målsettinger.
7. Styret ber adm. direktør om å sørge for at Helgelandssykehuset HF gjennomgår plan for prehospitaltjenester så raskt som mulig.

Bodø, den 11. desember 2019

Lars Vorland
Adm. direktør

12. Vedlegg

Vedlegg 1: Historikk over prosessen

Vedlegg 2: Protokoll fra styremøte i Helgelandssykehuset 28.11.2019 med vedtaket for anbefalt sykehusstruktur

Vedlegg 3: Styresak 115/2019 Helgelandssykehuset 2025: Anbefaling om struktur og lokalisering

Vedlegg 4: Protokoll fra Nordland fylkesting 3.12.2019 med anbefaling av sykehusstruktur

Vedlegg 5: Regional utviklingsplan 2035. Helse Nord RHF 2018

Vedlegg 6: Kjøreavstander med bil mellom kommuner på Helgeland og sykehus

Vedlegg 7: Pasientstrømmer på Helgeland. Helse Nord RHF. 2019.

Vedlegg 8: Helgelandssykehuset 2025 – rapport fra ekstern ressursgruppe. 19.3.2019

Vedlegg 9: Helgelandssykehuset 2025 – samfunnsanalyse. Menon-publikasjon nr. 85/2019

Vedlegg 10: Helgelandssykehuset 2025. Fødetilbudet. Intern arbeidsgruppe. 15.10.2019

Vedlegg 11: Økonomisk analyse. Helse Nord RHF. 6.12.2019

Vedlegg 12: Spesialiteter i et akutt sykehus og spesialiteter i et helseforetak. Helse Nord RHF, 2018.

Vedleggene er publisert på Helse Nord RHF's nettsted - se her:

[Styremøte i Helse Nord RHF 18. desember 2019](#)

13. Referanser

Frøyen, I. L., & Steinholt, M. (2019). <https://helgelandssykehuset.no/fag-og-forskning/forskning/hvorfor-gar-fodselstall-ned-i-nord-norge>. *Helgelandssykehuset.no*.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

Nordland fylkeskommune. (2016). *Forbedret togtilbud for pendling på Helgeland*. Hentet fra https://www.nfk.no/_f/p34/id9773e20-7da9-4ea9-bb8a-1a6604e05581/mulighetsstudie_forbedret_togtilbud_for_pendling_paa_helgeland_versjon_2_rejlers_norge_as.pdf