

Møtedato: 14. mars 2025  
Vår ref.:  
2021/1151-431

Saksbehandler:  
Ola Jøsendal

Dato:  
7.3.2025

## Styresak 22–2025

## Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF - oppfølging av strukturvedtaket av 3. juli 2024 og foretaksmøte i Helgelandssykehuset HF 30. august 2024

### Forslag til vedtak

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

1. Styret i Helse Nord RHF viser til foretaksmøtet i Helse Nord RHF den 3. juli 2024. Tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset HF skal baseres på en modell med ett sykehus med fire lokalisasjoner, der lokalisasjonene Mo i Rana og Sandnessjøen begge er akuttisykehus. Dette innebærer akutt-tilbud innenfor generell indremedisin, generell kirurgi og fødsler. Funksjonsfordelingen mellom de to akuttisykehusene skal skje på en måte som støtter opp under akuttfunksjonene og en bærekraftig og framtidsrettet drift begge steder, samt legger til rette for økt samarbeid mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, gode og attraktive fagmiljøer og slik at alle lokalisasjonene Mo i Rana, Sandnessjøen, Mosjøen og Brønnøysund har helsetjenester av høy kvalitet i årene framover til det beste for innbyggerne.
2. Styret i Helse Nord RHF støtter styret i Helgelandssykehuset HFs vedtak i deres styresak 2-2025, om forslagene til endringer i funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF innen de somatiske spesialisthelsetjenestene i tråd med vedtakene i styresak 2-2025 fra Helgelandssykehuset HF, med ett unntak. Unntaket går fram av vedtakets punkt 3.
3. Styret i Helse Nord RHF vedtar at opptaksområdet for lokalisasjonen i Mo i Rana utvides med Vefsn kommune for indremedisinske tilstander, og opptaksområdet for lokalisasjonen i Sandnessjøen utvides med kommunene Grane og Hattfjelldal for de samme tilstandene.
4. Styret forutsetter at nødvendig styrking av pre- og in-hospital beredskap er på plass innen de somatiske akutt- og døgnfunksjonene overføres fra Mosjøen til lokalisasjonene i Sandnessjøen og Mo i Rana. Dette innebærer blant annet økt kapasitet på ambulans ebiler, utrulling av Trygg Akuttmedisin samt etablering av slagalarm i Mosjøen.

5. Styret ber Helgelandssykehuset HF følge implementeringen av «Trygg akuttmedisin» tett og sikrer at prosedyrene følges slik de er vedtatt.
6. Styret ber Helgelandssykehuset HF utrede om det er mulig å etablere en døgnpost godkjent for innleggelse etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern §§ 3-2 og 3-3 i Helgelandssykehuset HF.
7. Styret ser positivt på at Helgelandssykehuset HF sammen med Vefsn og Brønnøysund kommune har søkt rekrutterings- og samhandlingsmidler for etablering av et rehabiliteringstilbud i Mosjøen og en observasjonspost ved DMS Brønnøysund.
8. Styret ber Helgelandssykehuset HF gå i dialog med Vefsn kommune for å vurdere etablering av en felles observasjons/intermediær sengepost innenfor somatikk etter modell fra DMS Brønnøysund.
9. Styret ber Helgelandssykehuset HF gjennom Helsefelleskap Helgeland intensivere samarbeid med kommunene rundt de fire sykehuslokalisasjonene for ytterligere å kunne realisere en samhandling som styrker pasientbehandlingen, i tråd med Nasjonal helse- og samhandlingsplan.
10. Styret ber om å bli orientert om status for realisering av ny funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF, i november 2025.
11. Styret ber om å bli orientert om status for pasientforløp og pasientsikkerheten for indremedisinske pasienter fra det tidligere opptaksområdet til Mosjøen sykehus, samt hvordan det kirurgiske tilbudet og beredskapen i Sandnessjøen sykehus er sikret på lang sikt, høsten 2026.

Bodø, 7. mars 2025

Marit Lind  
administrerende direktør

## Formål

Vedta framtidig funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset i tråd med strukturvedtaket av 3. juli 2024 og oppdrag gitt til Helgelandssykehuset i foretaksmøte 30. august 2024.

## Bakgrunn

I Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) foretaksmøte med Helse Nord RHF 9. november 2022 ble det vist til at Helse Nord RHF over flere år har hatt negative økonomiske resultater. Foretaksmøtet vurderte situasjonen som svært bekymringsfull og konkluderte med nødvendigheten av et større omstillingsarbeid. Helse Nord RHF ble derfor bedt om følgende:

1. *Sørge for robuste styrings- og rapporteringssystemer i alle ledd i foretaksgruppen, med en egnet fullmaktsstruktur.*
2. *Rapportere månedlig på konkrete tiltak som skal bidra til en bærekraftig økonomisk utvikling.*
3. *Vurdere behov for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge-for-ansvar.*

Under oppfølging av punkt 3 ovenfor avklarte Helse Nord RHF med HOD at strukturvedtaket på Helgeland av 27. januar 2020 ikke skulle være til hinder for å kunne se på ulike alternativer for funksjons- og oppgavedeling også der. Helse Nord's hovedmål med det etterfølgende endrings- og omstillingsarbeidet var at funksjons- og oppgavefordelingen skulle baseres på en struktur som lot seg bemanne og som gav bærekraftig økonomi, jf. Helse Nord RHF's styresak 11–2023 *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord* (styremøte 23. februar 2023).

Styret i Helse Nord RHF fulgte opp saken om funksjons- og oppgavefordeling på Helgeland i styremøte 19. juni 2024, jf. styresak 82–2024 *Helgelandssykehuset HF, fremtidig struktur*. Saksutredningen pekte på endringer lokalt, regionalt og nasjonalt de siste årene, Helgelandssykehusets krevende driftssituasjon, de detaljerte vedtakene i styresak 137-2019 *Helgelandssykehuset 2025 - struktur og lokalisering* (styremøte 18. desember 2019) og Helse Nord's behov for omstilling. Helse Nord anmodet HOD om et revidert mandat for arbeidet med ny struktur og oppgavefordeling.

HOD gav Helse Nord RHF et revidert mandat i foretaksmøte 3. juli 2024<sup>1</sup>:  
*«Foretaksmøtet godkjenner at tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset HF skal basere seg på en modell med ett sykehus, der lokalisasjonene Mo i Rana og Sandnessjøen er akutt sykehus. Funksjons- og oppgavedelingen ut over somatiske akutfunksjoner, inkludert tilbudene ved lokalisasjonene i Mosjøen og DMS Sør-Helgeland i Brønnøysund, besluttet av Helse Nord RHF i samarbeid med Helgelandssykehuset HF. Det skal være tilstedeværelse fra ledelsen ved alle lokalisasjoner. Foretaksmøtet legger til grunn videreføring av fødeavdeling i både Sandnessjøen og Mo i Rana, i tråd med føringene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan».*

Helse Nord RHF viste til at Helgelandssykehuset lenge har stått i en uavklart situasjon med hensyn til framtidig tjenestetilbud. For å komme videre og bidra til forutsigbarhet

---

<sup>1</sup> [Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF 3. juli 2024](#)

og større sikkerhet for pasienter og ansatte pekte Helse Nord RHF på nødvendigheten av å ta beslutninger som kunne realiseres.

Helse Nord RHF gav Helgelandssykehuset et revidert mandat om arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling i foretaksmøte 30. august 2024<sup>2</sup>:

*Helgelandssykehuset HF skal*

- a. *videreføres som ett sykehus, med to geografiske akuttisykehus, i Mo i Rana og Sandnessjøen*
- b. *yte somatiske akuttfunksjoner ved lokalisasjonene i Sandnessjøen og Mo i Rana*
- c. *videreføre fødeavdelingene i Sandnessjøen og Mo i Rana i tråd med føringene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.*
- d. *utarbeide et forslag til funksjons- og oppgavefordeling ut over de somatiske akuttfunksjonene, som legges fram for eget styre. Forslaget skal inkludere rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige*
- e. *legge fram forslag til funksjons- og oppgavefordeling til Helse Nord RHF innen RHF-ets styremøte i desember 2024\*. Forslaget skal inneholde en framdriftsplan for gjennomføring, og konkret beskrive forslag til hvordan Helgelandssykehuset HF kan benytte kompetanse, lokaler, medisinskteknisk utstyr og øvrig infrastruktur på en måte som sikrer god kvalitet i tjenestene samt rasjonell og bærekraftig drift*
- f. *innrette forslaget slik at det minimerer behovet for investeringer i bygg eller medisinsk teknisk utstyr*
- g. *sikre gode prehospitaltjenester tilpasset de endringer som foreslås.*
- h. *søke samarbeid med kommunene rundt de fire lokalisasjonene, for å realisere en samhandling som styrker pasientbehandlingen, i tråd med Nasjonal helse- og samhandlingsplan*
- i. *ha jevnlig dialog med Helse Nord RHF under utarbeidelsen av forslaget til funksjons- og oppgavefordeling. Helse Nord forutsetter god medvirkning fra brukere og ansatte og forankring med relevante interessenter underveis i arbeidet*
- j. *sørge for at ledelsen har regelmessig tilstedeværelse ved de fire lokalisasjonene*

\* Etter forespørsel fra Helgelandssykehuset forlenget Helse Nord RHF fristen til februar 2025 (brev av 16. oktober 2024)

### **Helgelandssykehusets oppfølging av oppdrag gitt i foretaksmøte 30. august 2024**

I det følgende oppsummeres Helgelandssykehusets oppfølging av oppdragene som går fram av protokollen fra foretaksmøtet 30. august 2024. Oppsummeringen bygger på dokumentene i Helgelandssykehusets styresak 2-2025 *Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF* (styremøte i Helgelandssykehuset HF 24. januar 2024). Dokumentene i styresaken er vedlagt (vedlegg 4).

Det ble gjennomført en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse basert på forslaget til funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset, høringsversjon av 4. november 2024. ROS-analysen ble gjennomført parallelt med en hørings- og innspillsrunde (vedlegg 4 i styresaken til Helgelandssykehuset (vedlegg 4)). Hensikten med analysen

---

<sup>2</sup> [Protokoll fra foretaksmøte i Helgelandssykehuset HF 30. august 2025](#)

var å vurdere risikoområder innen forsvarlig drift og identifisere risikoreducerende tiltak, før de foreslåtte strukturendringene iverksettes. Tidshorizonten for denne analysen var første fase av iverksettelsen, som er fram til 1. juni 2025. I denne fasen skal overføring av akutt- og døgnfunksjoner forberedes.

Våren 2025 planlegges det å gjennomføre to nye ROS-analyser, en med fokus på HMS og en med fokus på akuttmedisinsk beredskap i prosjektet OU-prehospital.

Forslaget til struktur- og oppgavefordeling på Helgeland er bygget opp med utgangspunkt i rammene som strukturvedtaket gir, og tilgjengelige ressurser. Helgelandssykehuset har vurdert at det har vært nødvendig å se på nye framtidsrettede måter å utføre helse- og omsorgstjenester på. Løsningene har tatt utgangspunkt i at:

- Spesialisthelsetjenester prinsipielt kan utføres på tre måter, og gjennom kombinasjoner av disse:
  - o ved hjelp av digitale hjelpemidler
  - o ved at helsepersonell ambulerer
  - o ved at pasientene oppsøker sykehusene
- Spesialisthelsetjenester kan utføres med ulike varianter av beredskapsordninger
- Spesialisthelsetjenester som kan desentraliseres skal desentraliseres, og spesialisthelsetjenester som krever sentralisering skal sentraliseres
- Pasienter med kroniske lidelser som krever hyppig innsats fra helse- og omsorgstjenestene skal i størst mulig grad få sin undersøkelse og behandling i eller i nærheten av sitt bosted, mens alvorlige og sjeldne tilstander skal behandles i mer sentraliserte fagmiljø der kompetansen svarer ut tilstandens kompleksitet og alvorlighet
- Akutte og alvorlige tilstander skal håndteres forsvarlig initialt av kompetente prehospitaltjenester i tett samarbeid med lokal legevakt

### **Oppfølging av enkeltpunktene i oppdraget**

*Pkt a. videreføres som ett sykehus, med to geografiske akuttsykehus, i Mo i Rana og Sandnessjøen*

Helgelandssykehuset har i sitt forslag videreført Helgelandssykehuset som ett sykehus, der spesialisthelsetjenester vil utføres ved fire lokalisasjoner: Brønnøysund, Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana. Lokalisasjonene i Sandnessjøen og Mo i Rana videreføres som akuttsykehus med døgnkontinuerlige beredskapsordninger.

Akuttsykehus er definert som døgnkontinuerlig vaktberedskap innen generell indremedisin, generell kirurgi og fødselshjelp. Akutt- og døgnfunksjonene som har vært ivarettatt ved lokalisasjonen i Mosjøen er i forslaget fordelt slik at de støtter opp under beredskapsordningene i Sandnessjøen og Mo i Rana. Det meste av kirurgiske døgnfunksjoner overføres fra Mosjøen til Sandnessjøen, slik at det kirurgiske miljøet styrkes for å ivareta oppgaver både på dagtid og i beredskapen utenfor dagtid.

Administrasjonen ved Helgelandssykehuset foreslår at opptaksområdet for indremedisinske tilstander for befolkningen i kommunene Grane og Hattfjelldal legges til Sandnessjøen, og for befolkningen i Vefsn kommune, til Mo i Rana.

Administrasjonens begrunnelse er i hovedsak knyttet til faktorene kapasitet og innleiebehov. Dersom også Vefsn skulle inngå i opptaksområdet til Sandnessjøen, ville det indremedisinske pasientgrunnet for denne lokalisasjonen øke med 62 %. Det ville gi en stor, økt belastning på både medisinsk sengepost og intensivavdelingen. På bakgrunn av redegjørelsen i vedlegg 2 i *styresak 2-2025* fra Helgelandssykehuset HF (PUK) vedrørende disse avdelingenes bemanningssituasjon, mener administrasjonen i Helgelandssykehuset at man måtte forvente at en slik løsning ville medføre et sterkt økt innleiebehov. Den foreslåtte løsningen medfører at pasientgrunnet for Sandnessjøen øker 10 % og for Mo i Rana 40 %, noe som vurderes håndterbart begge steder. Også når det gjelder tilgjengelig arealer uten større investeringsbehov, vurderes denne løsningen å være best. Sandnessjøen har et større pasientgrunnet enn Mo i Rana innen generell kirurgi og gynekologi. Dette er også pasienter som belaster akuttmottak og intensivavdelingen og må inngå i den totale vurderingen av kapasitet.

I Helgelandssykehusets styrebehandling av saken fikk ikke punktet om fordeling av de indremedisinske tilstandene fra Mosjøen flertall i styret. Flertallet i styret besluttet å føye til *i en overgangsfase*, slik at vedtakets punkt 2 ble som følger: *Opptaksområdet Mosjøen legges til Sandnessjøen. I en overgangsfase må en delt løsning aksepteres.*

*Pkt b. yte somatiske akutfunksjoner ved lokalisasjonene i Sandnessjøen og Mo i Rana*  
Helgelandssykehuset legger gjennom forslaget opp til at det skal ytes somatiske akutfunksjoner med døgkontinuerlig vaktberedskap innen somatikk ved lokalisasjonene i Sandnessjøen og Mo i Rana. Dette går også fram i punkt a.

Forslaget til funksjonsfordeling argumenterer for at løsningen vil støtte opp under den døgkontinuerlige beredskapen, og en bærekraftig og framtidsrettet drift begge steder. Dette innebærer robuste fagmiljøer av tilstrekkelig størrelse som foruten god pasientbehandling kan ivareta oppgaver innen utdanning, forskning og utvikling. Forslaget tilstreber at fagmiljøene i Mo i Rana og Sandnessjøen også har tilstrekkelig spesialistkapasitet til at disse kan tilby polikliniske tjenester på dagtid i Brønnøysund og Mosjøen. Gitt tidligere beslutninger rundt funksjonsfordeling av de kirurgiske funksjonene, der ortopedi og tarmkreftkirurgi er lagt til Mo i Rana, skal det vies særlig oppmerksomhet for å sikre det kirurgiske tilbudet og beredskapen i Sandnessjøen på lang sikt.

*Pkt c. videreføre fødeavdelingene i Sandnessjøen og Mo i Rana i tråd med føringene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.*

Helgelandssykehusets forslag legger opp til å videreføre fødeavdelingene i Sandnessjøen og Mo i Rana, i tråd med føringene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

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

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

*Pkt d. utarbeide et forslag til funksjons- og oppgavefordeling ut over de somatiske akuttfunksjonene, som legges fram for eget styre. Forslaget skal inkludere rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Helgelandssykehuset HF har utarbeidet et forslag til funksjons- og oppgavefordeling ut over de somatiske akuttfunksjonene. Forslaget inkluderer rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.*

Hovedgrepene i forslaget er:

- Utrede etablering av en lukket psykiatrisk akutttenhet i Mo i Rana og styrket poliklinikk i PHR.
- Styrket rehabiliteringsfunksjon i Sandnessjøen.
- Styrket kirurgisk virksomhet i Sandnessjøen inkludert urologi.
- Styrket ortopedisk kirurgi i Mo i Rana og Mosjøen.
- Styrket prehospitale tjenester faglig og kapasitetsmessig i samarbeid med kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal.
- Etablering av slagalarm i Mosjøen etter mønster fra Brønnøysund.
- Etablering av en observasjonspost ved DMS Sør-Helgeland i samarbeid med kommunen.

Mosjøen:

- Døgn- og dagfunksjoner innen psykisk helse og TSB videreføres
- Det skal etableres døgnbasert slagalarm (slik det er etablert i Brønnøysund)
- Det skal utredes en mulig løsning innen fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR): Sengepost og poliklinikk i Mosjøen i samarbeid med kommuner

Mosjøen dagtid:

- Helgelandsfunksjonene nevrologi, øye og hud
- Dagkirurgi innen plastikk-kirurgi, ortopedi og generell kirurgi.
- Det skal etableres en skadepoliklinikk.
- Radiologi og laboratorietjenester videreføres
- Dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling.
- Medisinsk poliklinikk med øyeblikkelig hjelp-funksjon.
- Øvrige polikliniske funksjoner (kirurgi, pediatri, svangerskap, audiometri, uroterapeut).

Overføres fra Mosjøen:

- Alle somatiske akutt- og døgnfunksjoner
- Akutt- og døgnkirurgi overføres til Sandnessjøen.
- Urologi overføres trinnvis til Sandnessjøen.
- Ortopediske døgnpasienter overføres til Mo i Rana.

- Når det gjelder overføring av indremedisinske akutt- og døgnfunksjoner fra Mosjøen, se pkt a.
- Helgelandssykehuset ønsker også å styrke tilbudet til barn. En generell kompetansestyrking hos helsepersonellet, en styrking av det pediatriske miljøet i Sandnessjøen og etablering av en egen barneavdeling er aktuelle.

*Pkt e. legge fram forslag til funksjons- og oppgavefordeling til Helse Nord RHF innen RHF-ets styremøte i desember 2024<sup>3</sup>. Forslaget skal inneholde en framdriftsplan for gjennomføring, og konkret beskrive forslag til hvordan Helgelandssykehuset HF kan benytte kompetanse, lokaler, medisinteknisk utstyr og øvrig infrastruktur på en måte som sikrer god kvalitet i tjenestene samt rasjonell og bærekraftig drift.*

Helgelandssykehuset har lagt fram forslag til funksjons- og oppgavefordeling innen fristen som er satt. Forslaget inneholder en skisse til framdriftsplan for gjennomføring, og beskriver hvordan Helgelandssykehuset kan benytte kompetanse, lokaler, medisinskteknisk utstyr og øvrig infrastruktur på en måte som sikrer god kvalitet i tjenestene samt rasjonell og bærekraftig drift. Hovedgrepene er å legge til rette for fortsatt å utføre spesialisthelsetjenester ved fire lokalisasjoner, god bruk av teknologi, digitale helsetjenester, ambulante tjenester og styrking av de prehospitalene tjenestene.

I forslaget til funksjons- og oppgavefordeling mellom de fire tjenestestedene i Helgelandssykehuset er ulike hensyn veid opp mot hverandre. Mangel på helsepersonell beskrives som hovedutfordringen, og det pekes på at arbeidsmarkedet på hele Helgeland må utnyttes.

Helgelandssykehuset har vurdert ulike løsningsforslag og legger følgende til grunn:

#### Personell og innleiebehov

Tjenestestedene må ha tilstrekkelig personell, og strukturen må la seg bemanne med minst mulig innleiebehov.

#### Avstand til akuttpsykehus

Selv med gode prehospitalene tjenester er det ønskelig med kort vei til akuttpsykehus når pasientens tilstand krever rask tilgang til medisinsk behandling som skal foregå på sykehuset

#### Forutsigbare pasientløyper

Både pasienter og helsepersonell må ha klart for seg hvilke behandlingstilbud som ytes ved de ulike lokalisasjonene og hvilken beredskap de har.

#### Pasientgrunnlag

Pasientgrunnlaget må være stort nok for å sikre tilstrekkelig volum på faglig aktivitet, noe som har betydning for kvalitet i pasientbehandlingen, oppfyllelse av læringsmål for LIS samt gode vakt- og arbeidstidsordninger og rekruttering.

---

<sup>3</sup> Etter forespørsel fra Helgelandssykehuset forlenget Helse Nord RHF fristen til februar 2025 (brev av 16. oktober 2024)



Det er vurdert om det indremedisinske pasientgrunnlaget for Sandnessjøen på i underkant av 30 000 er for lite for på sikt å sikre tilstrekkelig volum på faglig aktivitet, noe som har betydning for kvalitet i pasientbehandlingen, oppfyllelse av læringsmål for LIS samt gode vakt- og arbeidstidsordninger og rekruttering. Det er reist spørsmål om en relativt stor forskjell i pasientgrunnlaget mellom Sandnessjøen og Mo i Rana representerer en utfordring med hensyn til likeverdige muligheter for fagutvikling, utdanning, gode vaktordninger og rekruttering. Dette forholdet skal følges nøye opp av ledelsen i medisinsk klinikk. Begge lokalisasjonene skal ha bærekraft og framtidsrettet drift. Medisinsk klinikk utreder en gjennomgående ledelse, noe Helgelandssykehuset vurderer vil gjøre det lettere å fordele faglige aktiviteter mellom lokalisasjonene.

Forslagets framdriftsplan har fem steg:

1. Iverksettelse av vedtak i somatikk og prehospitale tjenester:
  - Iverksette opptrappingsplan prehospital
  - I samarbeid med kommunene iverksette OU prehospital i tråd med plan
  - Planlegge og gjennomføre en omstillingsplan medisinsk klinikk
  - Planlegge og gjennomføre en omstillingsplan kirurgisk klinikk
  - Gjøre nødvendige korrigeringer i organisasjonskart somatiske klinikker før omstillingsarbeidet igangsettes.
  - I perioden 25.01 og 25.02 detaljplanlegge en tidsplan som hensyntar avhengigheter og faglig forsvarlighet. En plan for optimal implementering. Ingen avvik eller hendelser som kan tilskrives dårlig implementering.
  - Sikre ressurser til klinikkjefene og avdelingsledere for bistand iverksettelse
  - Oppfølging av påløpte omstillingskostnader
2. Tilpasning kapasitet tjenestenivå, drift og eiendom.
  - Sørge for samstemming av tidsplan med implementeringsplan somatikk/prehospital.
  - Avstemme behovet for kapasitet i tjenestenivå etter omstilling.
3. Rehabilitering medisinsk klinikk
  - I perioden 25. januar 2025 til 25. februar 2025 detaljplanlegge en tidsplan som hensyntar ressursmessige- og faglig problemstillinger. Sørge for å sette arbeid i kontekst med faglige samarbeidsutvalg (FSU) i regi av Helsefelleskap Helgeland og eventuelt samarbeid om rehabilitering med kommunene (jf løsningsforslaget).
4. Psykisk helse og rus
  - Vedtak, utrede og dialog med Helse Nord rundt problemstillingen vedrørende finansiering av bygg.
  - Budsjettprosess 2026: Styrking poliklinikk.

## 5. Samhandling og Helsefelleskap Helgeland

- Opprettholde forutsigbar og tett dialog med de mest berørte kommunene for å ivareta pasientsikkerheten.
- I samarbeid med kommunene i Helsefelleskap Helgeland prioritere søknader til søknadsbasert ordning for rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Helse Nord (Helse Nord RHF's styresak 154–2024 *Søknadsbasert ordning for rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Helse Nord* (styremøte 18. desember 2024)). Rehabilitering i Mosjøen og observasjonspost i Brønnøysund er to av helseforetakets innspill til denne prosessen.
- I samarbeid med kommunene sørge for god fremdrift i etablerte faglige samarbeidsutvalg.
- I samarbeid med kommunene følge opp arbeidet i digital hjemmeoppfølging som har fått bevilget 5 mill. kroner årlig og samhandlingsmidler.

### *Pkt f. innrette forslaget slik at det minimerer behovet for investeringer i bygg eller medisinskteknisk utstyr*

Helgelandssykehusets forslag legger vekt på å minimere behovet for investeringer i bygg eller medisinsk teknisk utstyr (MTU). Hovedgrepene er å legge til rette for fortsatt å utføre spesialisthelsetjenester ved fire lokalisasjoner, god bruk av teknologi, digitale helsetjenester, ambulante tjenester og styrking av de prehospitalene tjenestene (samme grep som løser både punkt e og f).

### *Pkt g. sikre gode prehospitalene tjenester tilpasset de endringer som foreslås.*

Helgelandssykehuset foreslår å styrke de prehospitalene tjenestene, tilpasset de endringene som er foreslått.

I forslaget styrker Helgelandssykehuset beredskapen for ambulansetjenesten i kommunene Hattfjelldal, Grane og Vefsn. Dagens beredskap ivaretas av to døgnambulanser i Mosjøen, en døgnambulanse i Trofors (Grane) og en døgnambulanse i Hattfjelldal. Det planlegges å etablere ytterligere en døgnambulanse og en dagambulanse i Mosjøen, altså totalt tre døgnambulanser og en dagambulanse i Mosjøen.

I Hattfjelldal ønsker en å gå fra hjemmevaktordning til vakt på vaktrom for ambulansetjenesten i kommunen, for å ytterligere styrke beredskapen for befolkningen i området. Dette ligger inne i strategien til Prehospital klinikk, og gjennomføres samtidig med oppbemanningen av ambulansetjenesten i Mosjøen.

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

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

*Pkt h. søke samarbeid med kommunene rundt de fire lokalisasjonene, for å realisere en samhandling som styrker pasientbehandlingen, i tråd med Nasjonal helse- og samhandlingsplan*

Helgelandssykehuset har søkt samarbeid med kommunene rundt de fire lokalisasjonene, for å realisere en samhandling som styrker pasientbehandlingen, i tråd med Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Følgende aktiviteter er beskrevet i forslaget:

- Møter med vertskommuner i uke 41
- Møter med vertskommuner sammen med omkringliggende kommuner gjennomført i uke 43.
- Møter med fastleger i Vefsn 9. oktober 2024, samt fellesmøte med kommuneoverlegene i Grane og Hattfjelldal 16. oktober 2024.
- Interkommunal samhandlingsleder har deltatt på møtene i uke 43
- Felles satsingsområder i Helsefellesskap Helgeland er koblet til saksutredningen

*Pkt i. ha jevnlig dialog med Helse Nord RHF under utarbeidelsen av forslaget til funksjons- og oppgavefordeling. Helse Nord forutsetter god medvirkning fra brukere og ansatte og forankring med relevante interessenter underveis i arbeidet.*

Helgelandssykehuset og Helse Nord RHF har hatt jevnlig samtaler i den tiden forslaget til løsning har blitt utarbeidet. Gjennom ukentlige møter har Helse Nord RHF blitt holdt kontinuerlig oppdatert om arbeidsprosessene. Helgelandssykehuset har informert om medvirkning fra brukere og ansatte, samt andre interessenter.

Aktiviteter Helgelandssykehuset har gjennomført i 2024 for å sikre medvirkning og forankring:

- Digitalt allmøte 27. september, 4. november og 27. november
- Månedlige møter mellom administrerende direktør og alle ledere 27. september, 25. oktober og 22. november
- Månedlig møte mellom administrerende direktør og alle stabsansatte 20. september, 18. oktober og 22. november.
- Møter med foretakstillitsvalgte og -verneombud 18. september, og heldag fysisk møte 16. oktober, 20. november workshop gjennomføringsplan, dialogmøte 27. november og 11. desember, i tillegg korte dialogmøter om saken underveis.
- Den 24. september ble det avholdt et ekstraordinært AMU møte, 21. oktober med temaet funksjons- og oppgavefordeling i et HMS-perspektiv. Møtet ble utvidet med alle klinikkjefer og klinikkverneombud i tillegg til de faste medlemmene.
- Fysisk samling for verneombud 22. oktober. Administrerende direktør og koordinator for prosessen deltok der informasjon og dialog om prosessen var tema i 1 time.

Pkt j. sørge for at ledelsen har regelmessig tilstedeværelse ved de fire lokalisasjonene Helgelandssykehuset har i sitt forslag lagt opp til at ledelsen vil ha regelmessig tilstedeværelse ved de fire lokalisasjonene

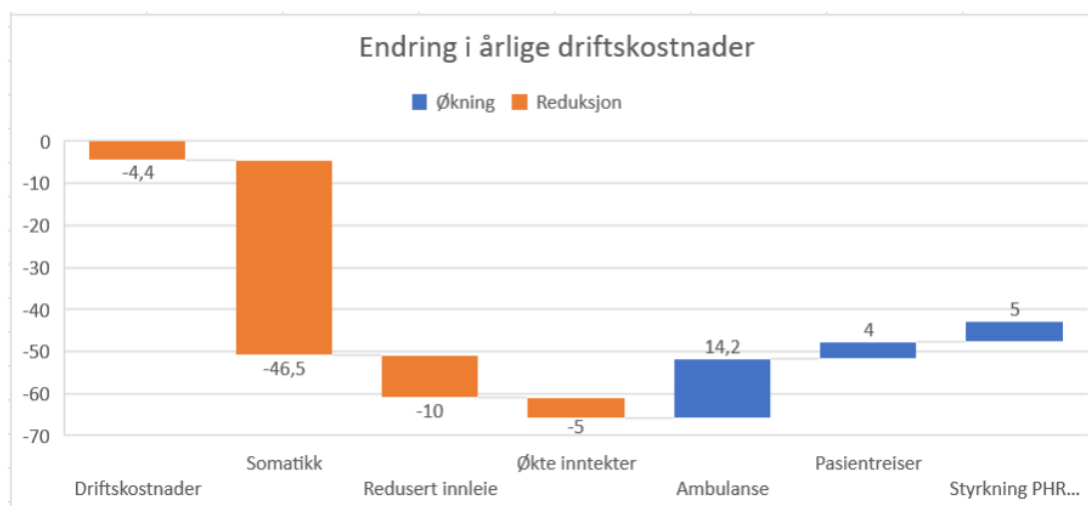
Foretaksrådet 3. juli 2024 la til grunn at Helgelandssykehusets ledelse har Sandnessjøen som hovedarbeidssted, i tråd med tidligere prosesser. Administrerende direktør i Helgelandssykehuset skal ha sitt hovedkontor i Sandnessjøen. Helse Nord RHF skriver i foretaksprotokollen 30. august 2024 vedtak pkt. j.: «sørge for at ledelsen har regelmessig tilstedeværelse ved de fire lokalisasjonene».

## Økonomi

Det vises til Helgelandssykehusets styresak 2-2025 (vedlegg 4, s. 14).

Helgelandsykehuset har beregnet økonomisk effekt av funksjons- og oppgavefordelingen til ca. 42,7 mill. kroner/år (fig. 1), hvilket er noe lavere enn tidligere estimerer på rundt 50 mill. kroner/år i styresak 137-2019 og styresak 110-2021 Nye Helgelandssykehuset - bærekraft faglig strategisk utviklingsplan og tomtevalg (styremøte 29. september 2021).

Figuren er hentet fra saksframlegget til styret i Helgelandssykehuset HF (vedlegg 4):



Figur 1 Beregnet økonomisk effekt

Kostnadene innen somatikk er nærmere spesifisert på ulike områder, med beregninger av reduserte og økte kostnader (se figuren ovenfor). Reduserte kostnader er i hovedsak knyttet til nedtak av akuttfunksjoner i Mosjøen, sammen med generell effektivisering. Det vil tilkomme noen økte kostnader i Sandnessjøen og Mo i Rana for å håndtere økt aktivitet, samt styrking av ambulansetjenesten i Mosjøen.

## Medbestemmelse

Saken ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 10. februar 2025. Protokollen er lagt ved saken (vedlegg 5).

## **Brukermedvirkning**

Regionalt brukerutvalget i Helse Nord RHF, ble orientert om saken den 13. februar 2025. Utklipp av protokollen er lagt ved saken (vedlegg 6).

## **Administrerende direktørs vurdering**

Diskusjoner om struktur- og oppgavefordeling innen spesialisthelsetjenesten på Helgeland har krevd tid og ressurser, samt skapt stort engasjement i flere tiår. Saken har vært krevende både for pasienter, pårørende, ansatte og befolkningen på Helgeland.

Flere tidligere utredninger har konkludert med at Helgelandssykehuset bør samle akutt- og døgnfunksjoner på en lokalisasjon. Det har ikke vært mulig å realisere.

Før vedtak skal fattes i Helse Nord RHF's styre var det ønskelig å legge til rette for å gi styret god innsikt i hva som ligger i forslaget til funksjons- og oppgavefordeling fra Helgelandsykehusets administrasjon, samt Helgelandsykehusets styrevedtak i deres *styresak 2-2025*. Av den grunn ble forslaget og Helgelandsstyrets vedtak presentert av Pål Madsen, seniorrådgiver i Helgelandsykehuset, under Helse Nord RHF's styremøte 26. februar 2025 i *styresak 16-2025/3 Orienteringssaker ad. Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF*.

Administrerende direktør vurderer at endringene som er foreslått fra Helgelandsykehusets administrasjon, samt vedtatt av Helgelandssykehusets styre, i all hovedsak svarer ut oppdraget som ble gitt dem i foretaksmøtet 30. august 2024, i tråd med HODs foretaksmøte med Helse Nord RHF 3. juli 2024.

Helgelandssykehuset har gjennom 2024 involvert ansatte, tillitsvalgte, brukerforeninger, kommuner og andre interessenter i arbeidet. Det er gjennomført ROS-analyse som er vedlagt styresaken fra Helgelandssykehuset.

Utfordringene som ligger foran spesialisthelsetjenesten de kommende ti til femten årene vil være langt større enn de vi står i, i dag. Vi vil få et raskt økende antall eldre, vi får ungdomskull som blir mindre, vi får større konkurranse om kompetent arbeidskraft, og mindre sannsynlighet for at våre eiere har anledning til å møte økende utfordringer med økte bevillinger.

Det vurderes at Helgelandsykehusets forslag til struktur- og oppgavefordeling er innenfor rammene av strukturvedtaket og det de økonomiske forhold gir grunnlag for. Helgelandssykehuset HF er ett sykehus og skal utføre spesialisthelsetjenester for en populasjon på om lag 77000 ved fire lokalisasjoner.

### Ivaretagelse av indremedisinske akutt- og døgntilbud

Helgelandssykehusets styre vedtok alle forslag til vedtak som ble foreslått av administrasjonen, med ett unntak. Det gjaldt ivaretagelsen av indremedisinske akutt- og døgntilbud til befolkningen i Vefsn kommune.

Forslaget fra administrasjonen i Helgelandssykehuset er at indremedisinske akutt- og døgntilbud til befolkningen i Vefsn blir flyttet til sykehuset i Mo i Rana, mens det indremedisinske akutt- og døgntilbudet til befolkningen i de øvrige kommunene som i dag får dette tilbudet ved sykehuset i Mosjøen, flyttes til Sandnessjøen sykehus.

Styret i Helgelandssykehuset vedtok at «Opptaksområdet Mosjøen legges til Sandnessjøen. I en overgangsfase må en delt løsning aksepteres». Vedtaket ble besluttet gjennom votering, der flertallet i styret støttet forslaget om i en overgangsfase å utvide opptaksområdet til lokalisasjonen i Mo i Rana med Vefsn kommune, for indremedisinske tilstander. I diskusjonene i styremøtet ble transporttiden langs vei drøftet. Det tar 20 minutter lenger å kjøre fra Mosjøen til Mo i Rana, sammenlignet med kjøretiden til Sandnessjøen. Styret i Helgelandssykehuset drøftet i tillegg om opptaksområdet innen indremedisin i Sandnessjøen var tilstrekkelig stort til å gi helsepersonellet nok erfaring og øving. Det ble også drøftet om tilfanget av pasienter ble stort nok til å ivareta utdanningsoppgaver.

Administrerende direktør vurderer at det hadde vært fordelaktig om alle akutt- og døgntilbud i Mosjøens opptaksområde hadde vært mulig å samle i Sandnessjøen, Gitt de arealmessige forholdene i Sandnessjøen og de manglende økonomiske mulighetene til å kunne gjøre nødvendige investeringer, støttes forslaget fra Helgelandssykehusets administrasjon om å iverksette en delt løsning for indremedisinske akutt- og døgntilbud som i dag ivaretas på Mosjøen sykehus.

Et annet viktig argument for å støtte administrasjonens forslag og ikke styrets flertallsvedtak, er behovet for en avklaring og forutsigbarhet for pasientene, de ansatte og regionens befolkning. Det taler for å få landet et endelig vedtak. I drøftinger med de konserntillitsvalgte og -verneombud framheves det at saken om funksjons- og oppgavefordeling på Helgeland er en svært vanskelig sak og at den ideelle løsningen ikke finnes. De viser til at alle alternativer som har vært oppe til diskusjon har sine styrker og sine svakheter, men vektlegger også behovet for at det nå landes en permanent løsning.

Det regionale brukerutvalget er opptatt av det samme. I protokollen fra RBU-møtet 13. februar 2025 går følgende fram av vedtakets punkt 2f: *RBU ønsker at det gjøres tydelige beslutninger om funksjons- og oppgavedeling slik at det blir klart hvor tjenestene skal gis. Videre lokaliseringdebatter bidrar til utrygghet.*

Administrerende direktør legger stor vekt på viktigheten av de kompenserende tiltak som foreslås satt i verk, når befolkningen som i dag får sitt akutttilbud i Mosjøen sykehus skal få sitt tilbud i Sandnessjøen og Mo i Rana. Tiltakene er:

- styrking av de prehospitale tjenestene
- utrulling av «Trygg akuttmedisin»
- etablering av slagalarm i Mosjøen.

Styrking av de prehospitale tjenestene innebærer å øke med en døgn- og en dagambulansse i Mosjøen. Denne styrkingen vil forbedre responstiden for akutte tilstander, og vil i tillegg styrke bufferkapasiteten i tjenestene. For å styrke beredskapen ytterligere er det siden forslaget til Helgelandsykehuset ble utarbeidet, endret fra hjemmevaktordning til vakt på vaktrom for ambulansetjenesten i Hattfjelldal. Dette ble iverksatt 1. januar 2025.

Implementeringen av «Trygg akuttmedisin», samt etablering av slagalarm i Mosjøen er i tillegg tiltak som er svært viktige for å kunne håndtere tidskritiske indremedisinske tilstander på en god måte. Prosedyrer knyttet til «Trygg akuttmedisin» omfatter tilstandene hjerteinfarkt, hjerneslag og sepsis (blodforgiftning). Prosedyrene er utviklet i samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten i regionen, og er iverksatt samlet for alle regionens kommuner og sykehusforetak. Her blir det svært viktig at Helgelandsykehuset holder sterkt fokus på at opplæring i prosedyrene gjennomføres fortløpende og at kvalitetsindikatorerne på de aktuelle områdene følges opp med nødvendige tiltak om resultatene ikke er tilfredsstillende. Hjerteinfarkt, hjerneslag og sepsis representerer en betydelig andel av de tidskritiske akutte indremedisinske tilstandene.

Når tidskritiske hendelser oppstår forventer befolkningen å motta helsetjenester tidlig og med riktig kvalitet. Når akuttfunksjonene for indremedisinske tilstander ved lokalisasjonen i Mosjøen overføres til Mo i Rana og Sandnessjøen, vil transporttiden til akutt sykehuset for befolkningen i kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal bli forlenget. Det meste av behandlingen som i våre dager iverksettes akutt, og som i tidligere år ble iverksatt da pasienten ankom lokalt akuttmottak, iverksettes nå i ambulansene.

I Helse Nord er det en godt utbygd og kompetent ambulansetjeneste, med enheter på vei, på sjøen og i luften. Om lag ti prosent av såkalte «rød respons» oppdrag løses i Helse Nord gjennom kapasiteter i luften, mens det i resten av landet er om lag en prosent.

Ved enkelte værtyper har nødvendig transport med helikopter ikke vært mulig å gjennomføre på grunn av faren for is på helikopter-rotorblader. Nye redningshelikopter har av-ising, og reduserer antallet kansellerte oppdrag betydelig.

I løpet av de senere år er det etablert et rutenettverk basert på GPS for ambulanshelikoptre. Slik instrumentflyging gjør det mulig å fly trygt også i dårlig sikt. Gjennomføringsevnen ved oppdrag er bedret i sommerhalvåret.

Ambulanshelikoptrene har, i motsetning til de nye redningshelikoptrene, ikke avisingskapasitet, med den konsekvens at de ikke kan fly i sky når det er kuldegrader. Dette gjør det i tidvis krevende å fly over fjell fra kyst til innland om vinteren, noe som kan medføre kansellering.

[Flyoperativ statistikk](#) viser at for kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal var gjennomsnittlig kansellering på grunn av vær i årene 2009-2022 38,1 % i vinterhalvåret og 11,2 % i sommerhalvåret. I den siste delen av tidsperioden er kanselleringer i sommerhalvåret kraftig redusert.

I Helgelandsykehuset må det som ved alle andre sykehusforetak i regionen, være slik at en alltid tar hensyn til pasientens prognose når en vurderer hvor pasienten skal transporteres. Helgelandsykehuset er ett sykehus med flere lokalisasjoner og en må ha en plan for fordeling av pasientene som tar hensyn til fysisk- og personellmessig kapasitet. Samtidig er det slik at en i situasjoner hvor pasienten er i en tidskritisk tilstand og det finnes et døgntilbud tilgjengelig nærmere enn der pasienten normalt sokner til, benyttes denne nærmere lokalisasjonen. Dersom kortere transporttid vil forbedre pasientens prognose skal pasienten transporteres til nærmeste akuttmottak, uavhengig av bostedsadresse.

Administrerende direktør vurderer at opprettelsen av slagalarm i Mosjøen etter modell fra Brønnøysund vil være et svært viktig tiltak som vil sikre rask undersøkelse og behandling av pasienter som blir rammet av hjerneslag. Administrerende direktør vurderer det som svært viktig å se på detaljene i hvordan oppgavene som slagalarmetableringen krever, skal løses lokalt i Mosjøen utenom dagtid. Det må gjøres på en måte som ikke svekker andre tilbud. Dette er også påpekt av de konserntillitsvalgte.

### Kirurgi

Helgelandsykehuset foreslår ingen endringer i opptaksområdene for generell kirurgi. Det vil si at kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal inngår i opptaksområdet til Sandnessjøen. Mo i Rana er tildelt Helgelandsfunksjon innenfor ortopedi og tarmkreftkirurgi og pasienter innenfor de to diagnosegruppene vil fremdeles få sin behandling i Mo i Rana. Administrerende direktør støtter denne vurderingen.

I Mosjøen er det en 5-dagers post med seks senger som ivaretar behovet for postoperativ observasjon på døgnbasis. I forslaget fra Helgelandsykehuset vil kirurgiske inngrep som krever postoperativ observasjon på døgnbasis, overføres til Sandnessjøen.



Helgelandssykehuset foreslår at også den dagkirurgiske urologien bør overføres til Sandnessjøen slik at all urologisk kirurgi samles. De peker på at tidspunktet for dette bør baseres på en risikovurdering av fagmiljøets oppbygging i Sandnessjøen og at overgangsperioden ikke bør overstige to år. De viser videre til at det forventes at antall spesialister økes for å styrke fagmiljøets robusthet i omstillingen. Administrerende direktør vurderer at det vil innebære en for stor risiko for oppløsning av fagmiljøet i Mosjøen, som er lite og sårbart og i stor grad stedbundet rundt Mosjøen, om også den dagkirurgiske urologien flyttes fra Mosjøen til Sandnessjøen. Administrerende direktør støtter at det gjøres en egen risikovurdering knyttet til dette og mener det vil være en god løsning om det legges til rette for at urologene som ønsker å utføre urologisk dagkirurgi i Mosjøen, får gjøre det. Som en del av risikovurderingen bør det være særlig fokus på hvilke tiltak som vil kunne bidra til at fagmiljøet i Sandnessjøen styrkes. Skal antall spesialister økes, bør dette skje gjennom nyrekruttering i Sandnessjøen. Denne løsningen innebærer at det må investeres i dublert operasjonsutstyr, siden det medfører at det utføres urologiske operasjoner to steder.

Helgelandssykehuset foreslår å øke den polikliniske- og dagkirurgiske aktiviteten innen ortopedi i Mosjøen. Dette vurderes å være positivt. Dagtilbudet styrkes, og operasjonsstuekapasiteten i Mosjøen blir benyttet.

Helgelandssykehuset er ett sykehus med flere driftssteder og administrerende direktør vil påpeke at det er svært viktig at de kirurgiske fagområdene samarbeider godt på tvers av lokalisasjonene og til enhver tid benytter den samlede kapasiteten og kompetansen på best mulig måte.

#### Spesialisthelsetjenester i Mosjøen

Administrerende direktør mener det er svært positivt at forslaget fra Helgelandssykehuset innebærer at det fortsatt skal utføres et betydelig volum av ulike spesialisthelsetjenester på dagtid ved Helgelandssykehusets lokalisasjon i Mosjøen.

Dette er av stor betydning for befolkningen som bor i Mosjøen og omegn og særlig for pasienter med kroniske tilstander og for de skrøpelige eldre. Dette imøtekommer Helse Nord RHF's ønske om å desentralisere de tjenester en kan, og er også i tråd med ungdomsrådene i Helse Nord's anbefaling om å gi de tilbud som pasientene trenger ofte, nært. Det gir i tillegg mange av de ansatte i Mosjøen mulighet til fortsatt å kunne ha sitt hovedarbeidssted i Mosjøen.

Det har blitt reist spørsmål om muligheten for å ha et stabiliserende team for traumepasienter, i Mosjøen. Ifølge Nasjonal traumeplan ([Metodebok](#)) skal pasientene ikke stabiliseres i lokalt akuttmottak, men transporteres direkte til et sykehus med traumemottak.

### Fagområdene psykisk helsevern (PHV) og rusbehandling (TSB)

Administrerende direktør støtter Helgelandssykehusets beslutning om å styrke fagområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige for å bedre behandlingstilbudet for pasientgruppen, og for å bidra til å redusere ventetider og unngå fristbrudd.

Helgelandssykehuset foreslår at det bør utredes om det er mulig å etablere en døgnpost godkjent for innleggelse etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern §§ 3-2 og 3-3 for å unngå belastende transporter for de sykeste til Nordlandssykehuset i Bodø. Administrerende direktør vurderer det som svært viktig at Helgelandssykehuset arbeider videre med å utrede hvordan fagområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan styrkes på Helgeland.

### Samarbeid med kommunene

Forslaget fra Helgelandssykehuset om samarbeid med kommunene viser til flere gjennomførte møter. Administrerende direktør savner imidlertid en vurdering av hvilke konkrete resultater disse møtene har gitt, for eksempel inngåelse av avtaler, enighet om prosjekter eller annet. Administrerende direktør anser samarbeidet med kommunene rundt de fire sykehuslokalisasjonene som svært viktig om en skal kunne realisere en samhandling som styrker pasientbehandlingen, i tråd med Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Denne delen av oppdragene gitt i foretaksmøtet 30. august 2024 vurderes å ikke være tilfredsstillende løst og Helgelandssykehuset anmodes om å intensivere dette arbeidet framover. Det vises i forslaget til at Helgelandssykehuset, i samarbeid med kommunene i Helsefelleskap Helgeland skal prioritere søknader til søknadsbasert ordning for rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Helse Nord i tråd med Helse Nord RHF's *styresak 154-2024* og at rehabilitering i Mosjøen og observasjonspost i Brønnøysund er to av helseforetakets innspill til denne prosessen.

Søknadsfristen på rekrutterings- og samhandlingsmidlene til Helsefelleskapene var 1. mars 2025 og administrerende direktør har fått bekreftet at det er kommet søknader om midler til de nevnte prosjektene, både til Brønnøysund og til Vefsn. Det er for tidlig å si noe mer om søknadene før behandlingen av tilskuddsmidlene er gjort i Helsefelleskap Helgeland.

Alle søknader som de fire Helsefelleskapene i nord godkjenner og prioriterer etter søknadsfristen 1. mars 2025, skal gjennomgå samlet og penger skal tildeles etter en vedtatt struktur for hvordan dette skal gjøres på regionalt nivå.

Administrerende direktør kan ikke i denne saken beslutte at disse to søknadene skal innvilges, men vurderer at begge tiltakene er svært positive og at utvikling av slike nye tjenestemodeller er i tråd med formålet med rekrutterings- og samhandlingstilskuddet.

Det vil være svært gunstig om det blir mulig å etablere en rehabiliteringssengpost i Mosjøen, gjennom et samarbeid mellom Helgelandssykehuset og kommunene. En

eventuell realisering av en slik post kan med fordel gjennomføres tidsmessig slik at ansatte som i dag arbeider i Helgelandssykehuset Mosjøen og ikke har mulighet for eller ønsker å pendle til Sandnessjøen eller Mo i Rana, fortsatt kan ha mulighet for å kunne jobbe i Mosjøen, i en slik ny enhet.

Den demografiske utviklingen og utfordringene både Helgelandssykehuset og kommunene har med mangel på helsepersonell, gjør at samdriften som foreslås ved begge disse tiltakene vil være svært positiv.

Administrerende direktør vil derfor foreslå at Helgelandssykehuset, i tillegg til de to konkrete prosjektene som det er søkt rekrutterings- og samhandlingsmidler til, går i dialog med Vefsn kommune for å vurdere etablering av en felles observasjons/intermediær sengepost innenfor somatikk etter modell fra DMS Brønnøysund.

### Omstilling og økonomi

Endringene som er foreslått for ny funksjons- og oppgavefordeling vil utgjøre om lag 1/3 av Helgelandssykehusets samlede økonomiske omstillingsplan. Slik forslaget foreligger vil endringene først gi effekt med virkning fra og med oktober inneværende år.

Engangskostnader knyttet til omstillingen forventes å være ca. 12 mill. kr i 2025. Når funksjons- og oppgavedelingen ikke får full effekt før i 2026, betyr det at det er behov for ytterligere omstillingstiltak i 2025, i tråd med styrets vedtak i *styresak 4-2025 Budsjett 2025 - konsolidert* (styremøte 5. februar 2025). Fra 2026 vil det i tråd med tidligere budsjettvedtak gjeninnføres et overskuddskrav for Helgelandssykehuset for å sikre rom for økte investeringer framover.

Administrerende direktør mener det gjenstår et betydelig arbeid med å planlegge og gjennomføre nødvendig omstilling for å sikre en bærekraftig økonomi i Helgelandssykehuset. Det er behov for en detaljert plan for hvilke omstillinger som skal gjennomføres, både når det gjelder mer generelle endringer og konkret som følge av endringene i funksjons- og ansvarsfordeling. Omstillinger må gjennomføres i tillegg til det som skal skje som følge av funksjons- og oppgavedelingene i denne saken. Den totale planen må ha et høyere presisjonsnivå og være mer detaljert når det kommer til tallfesting av planlagte endringer.

Helgelandssykehuset har i perioden 2021 til og med 2024 hatt en utvikling i likviditeten som er 562 mill. kroner lavere enn det som var forutsetningen for store investeringer. Helseforetaket skulle i tråd med *styresak 110-2021*, i årene 2021- 2024, styrke likviditeten med 169 mill. kroner som egenkapital for å kunne investere. Det som reelt er levert er 393 mill. kroner i underskudd og likviditeten er svekket.

På bakgrunn av dette har helseforetaket disponibel likviditet på kun 120 mill. kroner.

<b>Likviditet pr 31.12.2024 (mill. kroner)</b>	
Bankinnskudd	102
Ubenyttet trekkramme	90
Ubenyttet investeringsramme	-72
<b>Disponibel likviditet</b>	<b>120</b>

Dette beløpet sammenholdt med omstillingsbehovet på 136,3 mill. kroner viser at helseforetaket over tid må lykkes med omstillingen for å skape rom for nye investeringer.

### Bygningsmessige forhold

Den økonomiske situasjonen i Helgelandssykehuset er slik at det de nærmeste årene ikke vil være rom for å gjøre store investeringer. Oppdraget fra Helse Nord RHF gitt i foretaksmøte 30. august 2024 pekte derfor på at forslag til funksjons- og oppgavefordeling skulle innrettes slik at det minimerte behovet for investeringer i bygg eller medisinsk teknisk utstyr. Dette er helt nødvendig og vurderes å være hensyntatt.

Helgelandssykehuset har i forkant av strukturvedtaket gjennomført et kritisk vedlikehold av sykehuset i Sandessjøen for å sikre stabil drift de nærmeste årene. For detaljer vises det til vedlegg 2.

### Samlet oversikt over endringer

I vedlegg 3 gis det en samlet oversikt over de tjenester som Helgelandssykehuset har ved lokalisasjonene Mosjøen, Sandnessjøen, Mo i Rana og Brønnøysund i dag, og detaljer om de endringer som planlegges gjennomført.

### Drøftingsmøte med konserntillitsvalgte og konsernverneombud

I drøftingsmøtet med de konserntillitsvalgte og -verneombudet kom det opp mange viktige spørsmål. Disse framkommer i vedlagte drøftingsprotokoll (vedlegg 5). Flere av spørsmålene berører detaljer som må håndteres på sykehusforetaksnivå og spørsmålene er allerede videreformidlet til Helgelandssykehuset i et møte 12. februar 2025 hvor de ble bedt om å følge dette opp.

### Innspill innrettet mot strukturvedtaket

Under arbeidet med struktur- og oppgavefordeling ved Helgelandssykehuset, har det kommet mange innspill som er kritiske til de skisserte løsningene. Flere av disse innspillene dreier seg om uenighet rettet mot strukturvedtaket fattet av HOD og gitt i foretaksmøte til Helse Nord RHF 3. juli 2024. Disse innspillene er ikke realitetsbehandlet.

### **Oppsummering**

Administrerende direktørs vurdering er at de konkrete løsningene som er foreslått for struktur og oppgavefordeling på Helgeland er utformet innenfor det mulighetsrommet som det politiske vedtaket, tilgangen på personell, bygningsmessige forhold, tilstand og beholdning av medisinsk teknisk utstyr og økonomiske tilgjengelige ressurser tillater.

Etter administrerende direktørs vurdering er anbefalingen som styret inviteres til å vedta, den beste løsningen gitt det mulighetsrommet vi har. Samtidig må Helgelandssykehuset HF, som de tre øvrige lokale sykehusforetakene i nord, erkjenne at årene framover fortsatt vil være preget av behov for omstillinger og endringer.

For å kunne gjennomføre deler av endringene som er foreslått, kreves det noen moderate investeringer. Helgelandssykehuset må ha stort fokus på å få kontroll på økonomien, der generell omstilling i tillegg til ny struktur og oppgavefordeling er helt avgjørende for å sikre framtidig bærekraft og for å skape grunnlag for å kunne gjøre nødvendige investeringer.

**Vedlegg:**

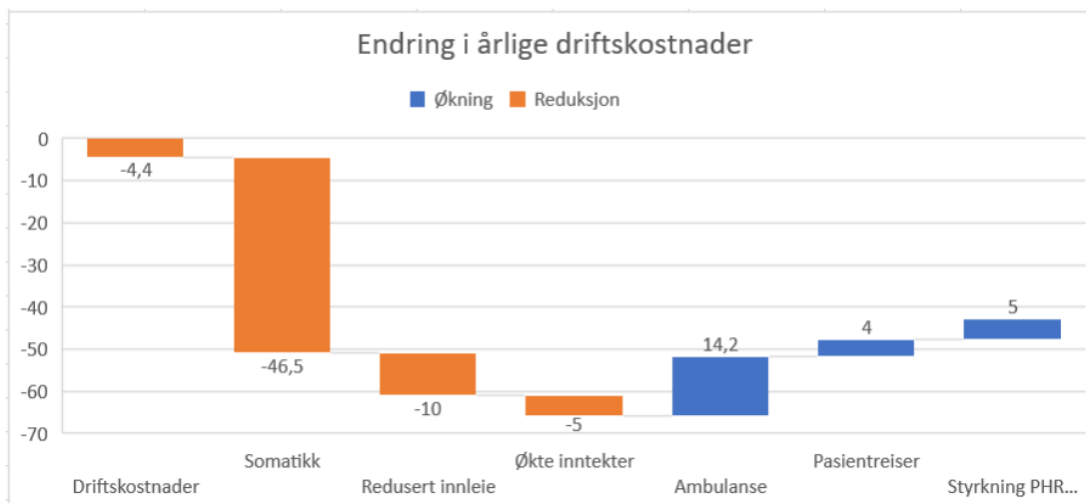
1. Økonomivurdering
2. Bygningsmessige forhold
3. Tjenester
4. Helgelandsykehusets styresak 2-2025 Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF
5. Protokoll fra drøfting med konserntillitsvalgte og – verneombud 10. februar 2025
6. Utklipp av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 13. februar 2025 og vedlegg 1 til deres protokoll
7. Protokoll fra styremøte i Helgelandssykehuset HF 24. januar 2025

## Vedlegg 1 Økonomivurdering

Det vises til Helgelandssykehuset HF's styresak 2-2025 (vedlegg 4, s. 14).

Helgelandsykehuset har beregnet økonomisk effekt av funksjons- og oppgavefordelingen til ca. 42,7 mill. kroner/år (fig. 1), hvilket er noe lavere enn tidligere estimater på rundt 50 mill. kroner/år i styresak 137-2019 og styresak 110-2021.

Tabell 1 og 2 er hentet fra saksframlegget til styret ved Helgelandssykehuset:



Figur 2 Beregnet økonomisk effekt

Kostnadene innen somatikk er nærmere spesifisert på ulike områder, med beregninger av reduserte og økte kostnader (se tabell 1). Reduserte kostnader er i hovedsak knyttet til nedtak av akutfunksjoner i Mosjøen, sammen med generell effektivisering. Det vil tilkomme noen økte kostnader i Sandnessjøen og Mo i Rana for å håndtere økt aktivitet, samt styrking av ambulansetjenesten i Mosjøen.

Økonomisk effekter	Reduserte kostnader	Økte kostnader	Økonomisk effekt
Akutt/intensiv	23,5	12,4	11,1
Sengeposter	23,4	13,0	10,4
Vaktkostnader	11,2	1,0	10,2
Lab og røntgen	6,8		6,8
Generell effektivisering (3-2 døgn og akutt)	8,0		8,0
Redusert innleie	10,0		10,0
Økte inntekter	5,0		5,0
Forvaltning, drift og vedlikehold	1,0		1,0
Tilpasning kapasitet Drift og Eiendom	3,4		3,4
Styrking PHR poliklinikk		5	(5,0)
Ambulanse - bemanning		12,5	(12,5)
Ambulanse - driftskostnader		1,7	(1,7)
Pasientreiser		4,0	(4,0)
<b>Sum</b>	<b>92,3</b>	<b>49,6</b>	<b>42,7</b>

Tabell 1 Nærmere spesifisering av økonomisk effekt av funksjons og oppgavefordeling

I saksframlegget går det fram hvilke spesialisthelsetjenester som skal utføres i Mosjøen etter omstillingen er gjennomført. Det er gjort beregninger av de budsjettmessige endringene som følger av omstillingen. I beregningene er det tatt hensyn til at Helgelandssykehuset drives som ett helseforetak, med flere lokalisasjoner. En del kostnader ligger samlet og er ikke fordelt etter lokalisasjon.

### Budsjett 2025:

Budsjett 2025 (tall i kr.)	Mosjøen	Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund	Felles	Totalt
Somatikk	243 836 735	399 226 544	489 782 995	34 636 221	197 996 571	1 365 479 065
Psykisk helse og tsb	99 649 582	37 016 573	138 149 762	31 124 768	23 053 256	328 993 941
Prehospital/amb.	31 219 292	34 884 461	39 756 425	34 599 066	226 103 169	366 562 413
Drift og eiendom					273 254 024	273 254 024
Felles					486 832 281	486 832 281
<b>Sum</b>	<b>374 705 609</b>	<b>471 127 578</b>	<b>667 689 182</b>	<b>100 360 055</b>	<b>1 207 239 302</b>	<b>2 821 121 725</b>

### Budsjett 2026, Mosjøen:

Budsjett 2026 Mosjøen (tall i kr.)	
Somatikk	178 936 735
Psykisk helse og tsb	99 649 582
Prehospital/amb.	45 419 292
<b>Sum</b>	<b>324 005 609</b>

Slik forslaget foreligger vil endringene først gi effekt fra oktober 2025.

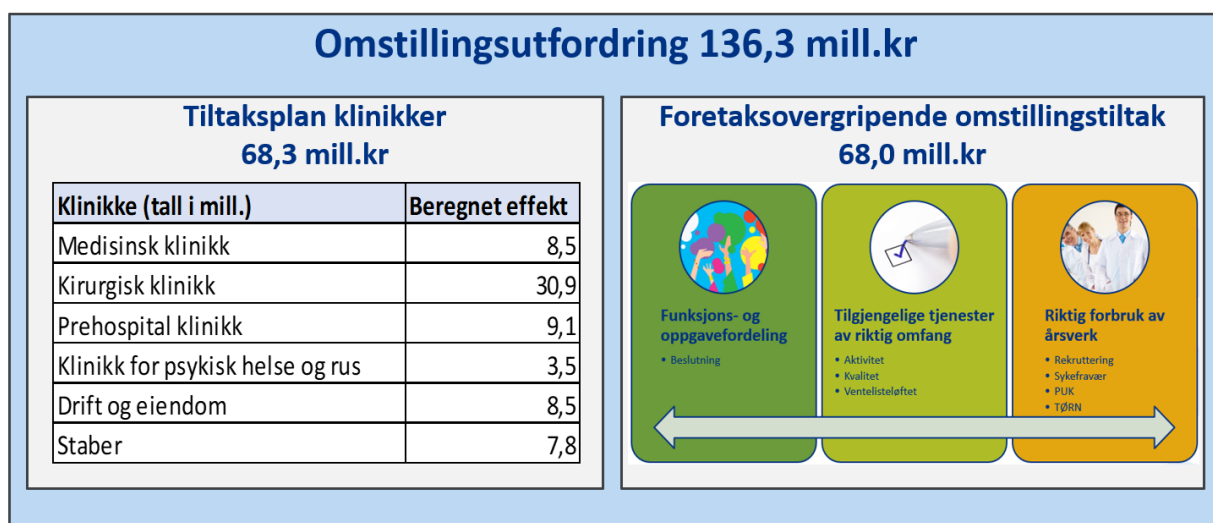
Engangskostnader knyttet til omstillingen forventes å være ca. 12 mill. kroner i 2025.

Netto resultateffekt i 2025 av ny struktur og oppgavefordeling på Helgeland vil dermed være tilnærmet null.

### Sammenheng med samlet omstillingsbehov for Helgelandssykehuset

I styresak 4-2025 Budsjett 2025 – konsolidert er det vist til vedtatt omstillingsplan for Helgelandssykehuset på 136,3 mill. kroner (fig. 2). Denne består av:

1. Tiltaksplaner i klinikken:	68,3 mill. kroner
2. Foretaksovergripende omstillingstiltak	68,0 mill. kroner
<b>Til sammen:</b>	<b>136,3 mill. kroner</b>



Figur 3 Samlet omstillingsplan for Helgelandssykehuset HF

Når effekten av funksjons- og oppgavedelingen ikke får full effekt før i 2026, betyr det at det er behov for ytterligere omstillingstiltak i 2025 for Helgelandssykehuset, i tråd med styrets vedtak i *styresak 4-2025*. Fra 2026 vil det i tråd med tidligere budsjettvedtak gjeninnføres et overskuddskrav på 47 mill. kroner for å sikre rom for økte investeringer.

#### *Likviditet*

Helgelandssykehuset har i perioden 2021 til og med 2024 hatt en utvikling i likviditeten som er 562 mill. kroner lavere enn det som var forutsetningen for store investeringer. Helseforetaket skulle i tråd med vedtak i *styresak 110-2021*, i årene 2021- 2024 styrke likviditeten med 169 mill. kroner som egenkapital for å kunne investere. Det som reelt er levert er 393 mill. kroner i underskudd og likviditeten er svekket.

På bakgrunn av dette har helseforetaket disponibel likviditet på kun 120 mill. kroner.

<b>Likviditet pr 31.12.2024 (mill. kroner)</b>	
Bankinnskudd	102
Ubenyttet trekkramme	90
Ubenyttet investeringsramme	-72
<b>Disponibel likviditet</b>	<b>120</b>

Dette beløpet sammenholdt med omstillingsbehovet på 136,3 mill. kroner viser at helseforetaket over tid må lykkes med omstillingen for å skape rom for nye investeringer.



## Vedlegg 2: Bygningsmessige forhold

### Styresak 10-2023 i Helgelandssykehuset- februar 2023

Styresaken bevilget 70 mill. kroner til vedlikeholdsprosjekter og 15 mill. kroner for tilpasninger for å kunne overta tilbud fra Mosjøen. Vedlikeholdsprosjektene er ivaretatt av drift og eiendom på ordinært vis. Alle prosjekter og tiltak her er innenfor plan og budsjett.

Bevilgningen på 15 mill. kroner for å tilpasse bygningsmassen i Sandnessjøen for aktivitetene fra Mosjøen, var fordelt slik:

- **Brakkerigg for kontorarbeidsplasser** – 6 mill. kroner
- **Flytting av kreftinfusjonsbehandling fra plan 5 til plan 2**, samlokalisert med dialyse for sambruk av personell – 6 mill. kroner
- **Utvidelse av oppvåkning/intensiv gjennom flytting av kontorer** – 1 mill. kroner
- **Utvidelse av akuttmottak med ny planløsning** – 0,8 mill. kroner
- **Flytting av senger for dagkirurgi fra plan 5 og etablering av LIS-kontor plasser utenfor gamle AMK** – 1,4 mill. kroner

Kapasitetsvurderingene for Sandnessjøen var basert på et notat fra Sykehusbygg datert 14. februar 2023, som igjen bygget på en rask befaring av akutt/intensiv, kirurgisk sengepost og medisinsk sengepost. Kapasiteten skulle etableres gjennom fortetting, flytting av kliniske tilbud og omdisponering av kontorer, som skissert ovenfor. Det ble imidlertid ikke tatt hensyn til at øvrige enheter på sykehuset allerede hadde et udekket arealbehov.

Sykehusbygg presiserte i sitt notat at de foreslåtte løsningene var ment som midlertidige.

### Planlegging av tilpasninger (januar – april 2023)

Det ble etablert et prosjekt for å ivareta både organisatoriske og fysiske tilpasninger i forbindelse med overføringen av tjenester fra Mosjøen til Sandnessjøen. Sykehusbygg ble engasjert for å bistå i planendringer for plan 4, 5 og 6 (akutt/intensiv, kirurgisk sengepost og medisinsk sengepost), mens PKA Arkitekter ble leid inn for å tegne forslagene.

Sykehusbygg utarbeidet fire ulike planløsninger for plan 4 og foreslo hvilke rom i plan 5 og 6 som kunne frigjøres.

### Konklusjoner etter planarbeidet (oktober 2023)

- **Nye kontorlokaler for ledelse/administrasjon ble tatt i bruk**, med plass til 12 arbeidsplasser.
- **Alle tiltak beskrevet av Sykehusbygg i plan 4 ble gjennomført**, inkludert:
  - Utvidelse av oppvåkning i desember 2022 med to nye plasser.
  - Ombygging av gamle AMK-lokaler til fem nye observasjonssenger
- **Forslagene fra Sykehusbygg ble imidlertid ikke ansett som tilstrekkelige** til å kunne ta imot sengeplasser fra Mosjøen. Klinikken meldte inn et rombehov i plan 4 som det var umulig å innfri i eksisterende arealer. Fagmiljøet mente den eneste løsningen var å flytte akuttmottaket til plan 2.
- **Flytting av dagkirurgi til plan 4 ble vurdert, men det var ikke plass.**

- **Flytting av kreftinfusjonsbehandling til plan 2 ble forkastet** da tilgjengelige arealer var for små.
- **Det ble heller ikke funnet en tilfredsstillende løsning for sengepostene i plan 6**, da rommene som var foreslått frigjort ble vurdert som nødvendige for nærhet til sengeposten.

Prosjektledelsen innså etter hvert at den opprinnelige planen ikke var gjennomførbar, hovedsakelig på grunn av manglende kapasitet i plan 4.

### **Videre utredning og stopp i prosjektet**

For å imøtekomme klinikkens behov, ble PKA Arkitekter engasjert for å utrede muligheten for å flytte akuttmottaket til plan 2. Denne løsningen innebar:

- Ombygging av **800 m<sup>2</sup> i plan 2**
- Utvidelse av **130 m<sup>2</sup> ved ambulanssecarporten** for å legge akuttstua ved ambulanseinngangen
- Ombygging av **intensiv og dagkirurgi på 595 m<sup>2</sup>**

Det ble imidlertid konstatert at det ikke fantes muligheter for å finansiere disse tiltakene. Løsningen ble i tillegg frarådet av sykehus fordi den innbar lokalisering av akuttmottaket mot inngangen til kantina og fordi adkomsten til garderobene for sykehuset måtte skje via akuttmottaket.

For å frigjøre areal til somatikken ble det også vurdert å flytte ut det psykiatriske tilbudet i sykehuset. Et kommunalt bygg på nabotomten ble vurdert for ombygging og oppussing, men viste seg uegnet på grunn av byggets grunnkonstruksjon.

I desember 2023 ble *styresak 108-2023* vedtatt i Helgelandssykehuset, hvor styret besluttet å sette prosjektet på vent på grunn av pågående strukturarbeid i Helse Nord. Dersom dette vedtaket ikke hadde kommet, ville prosjektet uansett blitt vurdert stoppet på grunn av kapasitetsmangel ved sykehuset i Sandnessjøen.

Som en del av den pågående arealplanleggingen ble det nødvendig å kartlegge det totale arealbehovet for sykehuset i Sandnessjøen. Dette arbeidet ble fullført og presentert for hele ledergruppen i Sandnessjøen og tillitsvalgte/vernetjenesten 4. september 2024. Konklusjonen var at sykehuset allerede mangler areal til sin nåværende aktivitet. Videre arealplanlegging og fordeling av arealer vil derfor avvente et nytt strukturvedtak.

Lokaler på 797m<sup>2</sup> vil frigjøres når tannhelsetjenesten flytter ut ved kontraktens slutt i 2025. Lokalene kan brukes som poliklinikk uten større tilpasninger, men ombygging av sengeavdeling vil kreve mer omfattende investeringer. Disse lokalene vil avhjelpe plassmangelen noe ved dagens drift.

### Vedlegg 3: Tjenester

Tabell under viser oversikt over de ulike tjenester som Helgelandssykehuset har ved lokasjonene Mosjøen, Sandnessjøen, Mo i Rana og Brønnøysund i dag. De tjenestene som er foreslått endret i forbindelse med funksjons- og oppgavefordelingen frem til 1. januar 2026 er markert med farger.

#### A Somatikk

Ingen farge= Uendret, Grå= Avvikles/overføres, Gul= Reduseres Grønn=Økes/etableres)

Tjenester	Mosjøen	Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund
Somatikk	Indremedisinsk døgn og akutt	Indremedisinsk døgn og akutt	Indremedisinsk døgn og akutt	Slagalarm
	Laboratorietjeneste fra døgn til dag	Laboratorietjeneste med vakt	Laboratorietjeneste med vakt	Laboratorietjeneste
	Røntgentjeneste fra døgn til dag	Røntgen med vakt	Røntgen med vakt	Røntgentjeneste
	Indremedisinsk poliklinikk	Indremedisinsk poliklinikk	Indremedisinsk poliklinikk	
	Nevrologi og nevrofysiologi poliklinikk	Pediatri poliklinikk	Revmatologi	
		Fysikalsk medisin og rehabilitering døgn og poliklinikk		
	Kirurgisk døgn og akutt	Kirurgisk døgn og akutt	Kirurgisk døgn og akutt	
				Ambulering kirurgi, ortopedi, gynekologi,
	Kirurgisk poliklinikk	Kirurgisk poliklinikk	Kirurgisk poliklinikk	
	Dagkirurgi	Dagkirurgi	Dagkirurgi	
	Dialyse	Dialyse	Dialyse	Dialyse
	Kreft og infusjonspoliklinikk	Kreft og infusjonspoliklinikk	Kreft og infusjonspoliklinikk	Kreft og infusjonspoliklinikk
		Gynekologi døgn og akutt	Gynekologi døgn og akutt	
	Fødepoliklinikk	Fødeavdeling	Fødeavdeling	Fødestue
	Øye poliklinikk	Øre, nese, hals	Ortopedi døgn og akutt	
	Urologi fra døgn til dag	Urologi døgn og akutt	Ortogeriatrici	
	Hud poliklinikk, lysbehandling	Lysbehandling		Lysbehandling
	Ortopedi døgn			
	Ortopedi dag			
Slagalarm				

## B Psykisk helsevern, rusbehandling, prehospita, drift og eiendom

Ingen farge= Uendret,

Grå= Avvikles/overføres,

Gul= Reduseres

Grønn=Økes/etableres

Tjenester	Mosjøen	Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund
Psykiske Helse og TSB	Mosjøen	Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund
	BUP	BUP	BUP	BUP
	VOP	VOP	VOP	VOP
	Habilitering	Habilitering	Habilitering	
	Døgn barn og unge		TSB poliklinikk	
	Døgn voksne		TSB døgn	
	Nevropsykologi poliklinikk		Døgn voksne	
Prehospita	Mosjøen	Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund
	Ambulansetjenester	Ambulansetjenester	Ambulansetjenester	Ambulansetjenester
		AMK		Luftambulans
Drift og eiendom	Mosjøen	Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund
	Servicetjenester	Servicetjenester	Servicetjenester	
	MTU	MTU	MTU	
	Teknisk fra døgn til dag	Teknisk drift/vakt	Teknisk drift/vakt	

### Budsjett, bemanning og senger

Tabell under viser totalt budsjett for Helgelandssykehuset fordelt på lokasjon. Tallene inneholder somatikk, psykisk helse og rus (TSB), prehospita, drift og eiendom (D&E), samt fellesområdet med felleskostnader (gjestepasient, IKT, staber). Bemanningstallene er basert på gjennomsnittlig månedsverk på et 3 mnd. snitt pr. desember 2024.

Dagens situasjon	Mosjøen	Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund	Felles, inkl D&E	Totalt
Budsjett 2025 (tall i mill)	375	471	668	100	1 207	2 821
Gj.snitt bemanning pr. 31.12.2024	358,2	494,2	685,3	86,3	258	1882
Senger medisin sengepost	13	20	26			59
Senger kirurgisk sengepost	6*	17	22			45
Rehabilitering		5				5

\*5 dagers post i Mosjøen.

Foreslått antall døgnenger pr. 1. januar 2026 er som vist i tabell under.

Forslag pr. 01.01.2026	Mosjøen	Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund	Felles, inkl D&E	Totalt
Senger medisin sengepost			22	33		55
Senger kirurgisk sengepost			18	22		40
Rehabilitering		5				5

For beregnede besparte kostnader vises det til styresaken, men oppsummert er tallene i denne størrelsesorden:

- Effekt bortfall av akutt- og døgnfunksjon i Mosjøen, ca 70-80 mill. kroner.
- Generell effektivisering og mindre innleie ved overgang fra tre til to lokalisasjoner med akutt- og døgnfunksjoner medfører en redusert kostnad på 15-20 mill. kroner på foretaksnivå.
- Kostnadsøkninger i akuttsykehusene er beregnet til ca 26 mill. kroner. Økte kostnader i tilknytning til styrking av ambulansetjenesten i Mosjøen er beregnet til 14 mill.kroner. I tillegg kommer økte kostnader til pasientreiser på 4 mill. kroner og en styrkning til PHR poliklinikk på 5 mill. kroner.
- I forhold til endring i bemanning, ligger det visse usikkerhetsmomenter, men totalt er det estimert en besparelse i årsverksforbruk på ca 40.

### **Planlagt sengekapasitet pr. 1. januar 2026**

#### Indremedisinsk område:

Antall døgnenger i de medisinske sengepostene reduseres fra 59 til 55.

Mo i Rana har i dag et opptaksområde på 34148 og har 26 døgnenger. De dekker også ortogeriatri, som er en helgelandsfunksjon. Opptaksområdet øker til 47657, og Mo i Rana får 33 døgnenger.

Sandnessjøen har i dag et opptaksområde på 26245 og har 20 døgnenger.

Opptaksområdet øker til 28972 (for hjerneslag 42481), og Sandnessjøen får 22 døgnenger.

Sandnessjøen har i tillegg 5 døgnenger i rehabiliteringsposten, som er en helgelandsfunksjon.

Mosjøen har i dag et opptaksområde på 16236 og har 13 døgnenger. Ved overføring av akutt- og døgnfunksjoner blir 2 av disse overført til SSJ og 7 til Mo i Rana.

#### Kirurgisk område inkludert ortopedi og urologi:

Antall døgnenger i de kirurgiske sengepostene er i dag 39 + 6 senger i 5-dagers posten i Mosjøen. Dette endres til 40 døgnenger.

Mo i Rana har i dag et opptaksområde i generell kirurgi på 34148 og har 22 døgnenger. De dekker også ortopedi, som er en helgelandsfunksjon. Ingen endring.

Sandnessjøen har i dag et opptaksområde i generell kirurgi på 42481 har 17 døgnenger. Ved overføring av akutt- og døgnfunksjoner (vesentlig urologi) fra Mosjøen økes dette til 18 døgnenger.

Mosjøen har i dag 6 senger i 5-dagers posten. Disse nedlegges som døgnenger.

Møtedato: 24.1.2025

Saksbeh/tlf: Lena Elisabeth Nielsen

Sted/Dato:

Arkivnr.: 2025/4

og koordineringsgruppen

Sandnessjøen, 17.01.24

## Styresak 2-2025: Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF

### Styret i Helgelandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

- 1 Styret stiller seg bak funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset som beskrevet i saken og ber om at saken oversendes Helse Nord RHF for endelig beslutning.
- 2 Styret forutsetter at nødvendig styrking av pre- og inhospital beredskap er på plass innen de somatiske akutt- og døgnfunksjonene overføres fra Mosjøen til akuttpsykehusene i Sandnessjøen og Mo i Rana.
- 3 Det er behov for en større oppmerksomhet rundt barn som pasientgruppe, og styret støtter en styrking av det pediatriske tilbudet som beskrevet i saken.
- 4 Styret stiller seg bak forslaget om å styrke tilbudet til de sykeste pasientene innen psykisk helsevern og ber administrerende direktør om å gå i dialog med Helse Nord RHF vedrørende muligheten for å etablere en akuttpsykiatrisk døgnenhet i Helgelandssykehuset HF.
- 5 Styret ber administrerende direktør ta initiativ overfor aktuelle kommuner og Helsefelleskap Helgeland med tanke på etablering av et rehabiliteringstilbud i Mosjøen og en observasjonspost ved DMS Brønnøysund samt andre aktuelle samarbeidsprosjekter som er foreslått.
- 6 Styret viser til omstillingskostnader og ber administrerende direktør innarbeide disse i forbindelse med en revidering av budsjettet for Helgelandssykehuset i februar.
- 7 Styret ber administrerende direktør innlede en dialog med Helse Nord RHF vedrørende finansiering av nødvendige og anbefalte investeringer knyttet til arealer og utstyr.
- 8 Styret ber administrerende direktør, følge opp og rapportere til styret månedlig gjennomføringen av omstillingsprosessen, samt gevinstrealisering med tanke på ytterligere kostnadsreduksjoner.
- 9 Styret ber om å bli løpende orientert om saken.

### Formål

Vedta framtidig funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF i tråd med strukturvedtaket av 3. juli 2024 og oppdrag fra Helse Nord RHF av 30. august 2024.

## Bakgrunn

I foretaksmøte i Helse Nord RHF 9. november 2022 ble det vist til at Helse Nord RHF over flere år har hatt negative økonomiske resultater, og at resultatene har sammenheng med bemanningssituasjonen. Foretaksmøtet vurderte situasjonen som svært bekymringsfull og konkluderte med nødvendigheten av et større omstillingsarbeid. Helse Nord RHF ble derfor bedt om å:

- 1. Sørge for robuste styrings- og rapporteringssystemer i alle ledd i foretaksgruppen, med en egnet fullmactsstruktur.*
- 2. Rapportere månedlig på konkrete tiltak som skal bidra til en bærekraftig økonomisk utvikling.*
- 3. Vurdere behov for endringer i funksjons- og oppgavefordeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge-for-ansvar.*

Under oppfølging av pkt. 3 avklarte Helse Nord RHF med Helse- og omsorgsdepartementet at strukturvedtaket på Helgeland av 27. januar 2020 ikke skulle være til hinder for å kunne se på ulike alternativer for funksjons- og oppgavefordeling også der. Helse Nord's hovedmål med det etterfølgende endrings- og omstillingsarbeidet var at funksjons- og oppgavefordelingen skal baseres på en struktur som lar seg bemanne og som gir bærekraftig økonomi, jf. Helse Nord RHF styresak 11-2023.

Arbeidsgruppen som utredet akutfunksjonene i utredningsarbeidet om funksjons- og oppgavefordeling i 2023 anbefalte, i likhet med tidligere faglige utredninger, at det på Helgeland blir etablert ett sykehus på ett driftssted. Alt som omhandlet akutfunksjoner i utredningsarbeidet ble imidlertid tatt ut av saken i januar 2024.

Styret i Helse Nord RHF vedtok i styresak 26–2024 at videre håndtering av det som gjaldt Helgeland skulle følges opp i en egen sak. På bakgrunn av behovet for en lavere detaljeringsgrad, vedtok styret i styresak 82-2024 at man ville anmode Helse- og omsorgsdepartementet om en justering av teksten i strukturvedtaket fra 2020. Saken ble fulgt opp i et foretaksmøte i Helse Nord RHF 3. juli 2024, *sak 5 Framtidig struktur for Helgelandssykehuset HF*.

## Foretaksmøte i Helse Nord RHF 3. juli 2024

### *Sak 5 Framtidig struktur for Helgelandssykehuset HF*

Foretaksmøtet vedtok:

«Foretaksmøtet godkjenner at tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset HF skal basere seg på en modell med ett sykehus, der lokalisasjonene Mo i Rana og Sandnessjøen er akuttisykehus. Funksjons- og oppgavefordelingen ut over somatiske akutfunksjoner, inkludert tilbudene ved lokalisasjonene i Mosjøen og DMS Sør-Helgeland i Brønnøysund, besluttes av Helse Nord RHF i samarbeid med Helgelandssykehuset HF. Det skal være tilstedeværelse fra ledelsen ved alle lokalisasjoner. Foretaksmøtet legger til grunn videreføring av fødeavdeling

i både Sandnessjøen og Mo i Rana, i tråd med føringene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan».

*Foretaksmøtets vurdering, jf. protokollen:*

«Foretaksmøtet viste til vedtaket i styret i Helse Nord RHF i sak 82-2024. Foretaksmøtet la vekt på at det er viktig at det nå blir fastslått en retning for utviklingen av tjenestetilbudet ved Helgelandssykehuset HF, slik at helseforetaket kan komme videre med å omstille og utvikle tilbudet for fremtiden. Foretaksmøtet viste til at Helgelandssykehuset HF har store utfordringer i driften og må gjennomføre tiltak for å sikre en økonomisk forsvarlig drift. Foretaksmøtet viste videre til at det er Helse Nord RHF sitt ansvar å sørge for en forsvarlig organisering av tjenesten framover. Foretaksmøtet pekte også på at det under styrebehandlingen ble vist til at det opprinnelige vedtaket ikke gir regionen nødvendig handlingsrom til å kunne sikre bærekraftig drift.

Det er naturlig for foretaksmøtet å legge stor vekt på de vurderingene som er gjort og vedtaket i styret i Helse Nord RHF. Foretaksmøtet viste til at det tidligere vedtaket fra 2020 innebærer at det skal være akuttstusykehus i Mo i Rana og Sandnessjøen. Det blir i Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*, slått fast at dagens fødetilbud skal opprettholdes innenfor planperioden, gitt forsvarlig drift.

Den krevende driftssituasjonen for Helgelandssykehuset HF og de endringene som har skjedd lokalt, regionalt og nasjonalt etter januar 2020, bør hensyntas når beslutningen fra 27. januar 2020 skal iverksettes. Slik detaljeringsnivået i det tidligere vedtaket er formulert, begrenses Helse Nord RHF sitt handlingsrom betydelig. Som nevnt i saksframlegget er det å holde tritt med den medisinske utviklingen gjennom innføring av nye behandlingsmetoder en dynamisk prosess som involverer alle aktørene i helsetjenesten. En lavere detaljeringsgrad i vedtaket vil øke mulighetene for nødvendig omstilling og kontinuerlig endring og forbedring.

Foretaksmøtet sier seg enig i at tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset HF skal baseres på en modell med ett sykehus på to lokalisasjoner, Sandnessjøen og Mo i Rana, hvor begge er akuttstusykehus. Dette innebærer akutt-tilbud innenfor generell indremedisin, generell kirurgi og fødsler. Foretaksmøtet la til grunn at funksjonsfordelingen mellom de to akuttstusykehusene skjer på en måte som støtter opp under akuttfunksjonene og en bærekraftig og framtidsrettet drift begge steder. Funksjonsfordelingen mellom lokalisasjonene for øvrig besluttet av Helse Nord RHF i samarbeid med Helgelandssykehuset HF. Dette skal skje på en hensiktsmessig måte som legger til rette for økt samarbeid mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, gode og attraktive fagmiljøer og slik at alle lokalisasjonene Mo i Rana, Sandnessjøen, Mosjøen og Brønnøysund har helsetjenester av høy kvalitet i årene framover til det beste for innbyggerne. Det prehospitale tilbudet er viktig i en region med lange avstander og spredt bosetting, og hensynet til dette vil vurderes ved endringer i organisering av tjenestetilbud. Foretaksmøtet la også til grunn at Helgelandssykehusets ledelse har Sandnessjøen hovedarbeidssted, i tråd med tidligere prosesser. Foretaksmøtet la videre til grunn at Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF i det videre arbeidet med funksjonsfordeling sikrer oppmerksomhet om psykisk helsevern og rusbehandling, samt hvilke oppgaver som kan løses i et samarbeid mellom kommunene og



helseforetaket – slik som omtalt i styresaken og i tråd med Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*».

#### Foretaksmøte i Helgelandssykehuset HF 30. august 2024

##### *Sak 4 Fremtidig struktur for Helgelandssykehuset HF*

Styret i Helse Nord RHF behandlet styresak 82-2024 Helgelandssykehuset HF, fremtidig struktur i styremøtet 19. juni 2024. Saken pekte på endringer lokalt, regionalt og nasjonalt de siste årene, Helgelandssykehuset HFs krevende driftssituasjon, de detaljerte vedtakene i styresak 137-2019 og Helse Nord's behov for omstilling. I tråd med styrets vedtak ble Helse Nord RHF i foretaksmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet den 3. juli 2024 gitt et justert vedtak om Helgelandssykehuset HF's struktur. Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF fikk et større handlingsrom når funksjonene, utover de somatiske akuttfunksjonene, skal fordeles og organiseres.

Foretaksmøtet viste til at Helgelandssykehuset HF lenge har stått i en uavklart situasjon med hensyn til fremtidig tjenestetilbud. For å komme videre og bidra til større sikkerhet for pasienter, ansatte og rekrutteringsmuligheter i tillegg til økonomi, understreker foretaksmøtet viktigheten av at Helgelandssykehuset HF nå fortsetter arbeidet for å omstille og utvikle tilbudet for framtiden.

Foretaksmøtet vedtok:

*Helgelandssykehuset HF skal*

- a. videreføres som ett sykehus, med to geografiske akutt sykehus, i Mo i Rana og Sandnessjøen*
- b. yte somatiske akuttfunksjoner ved lokalisasjonene i Sandnessjøen og Mo i Rana*
- c. videreføre fødeavdelingene i Sandnessjøen og Mo i Rana i tråd med føringene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.*
- d. utarbeide et forslag til funksjons- og oppgavefordeling ut over de somatiske akuttfunksjonene, som legges fram for eget styre. Forslaget skal inkludere rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige*
- e. legge fram forslag til funksjons- og oppgavefordeling til Helse Nord RHF innen RHF-ets styremøte i desember 2024\*. Forslaget skal inneholde en framdriftsplan for gjennomføring, og konkret beskrive forslag til hvordan Helgelandssykehuset HF kan benytte kompetanse, lokaler, medisinteknisk utstyr og øvrig infrastruktur på en måte som sikrer god kvalitet i tjenestene samt rasjonell og bærekraftig drift*
- f. innrette forslaget slik at det minimerer behovet for investeringer i bygg eller medisinsk teknisk utstyr*
- g. sikre gode prehospitaltjenester tilpasset de endringer som foreslås.*
- h. søke samarbeid med kommunene rundt de fire lokalisasjonene, for å realisere en samhandling som styrker pasientbehandlingen, i tråd med Nasjonal helse- og samhandlingsplan*
- i. ha jevnlig dialog med Helse Nord RHF under utarbeidelsen av forslaget til funksjons- og oppgavefordeling. Helse Nord forutsetter god medvirkning fra brukere og ansatte og forankring med relevante interessenter underveis i arbeidet*

j. sørge for at ledelsen har regelmessig tilstedeværelse ved de fire lokalisasjonene

\* I brev til Helgelandssykehuset 16.10.2024 forlenget Helse Nord fristen til februar 2025.

### Mandatet

Styret i Helgelandssykehuset HF vedtok 11. september 2024 mandat for saksbehandlingen, jf. styresak 80-2024.

I mandatets pkt. 6 ga styret disse presiseringene av Helse Nord's oppdrag:

#### 6.1. Driftsmodell

Tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset skal basere seg på en modell med ett sykehus. Dette innebærer en organisering og et kvalitetssystem som sikrer standardisering av pasientbehandling og arbeidsprosesser. Dette skal medføre likeverdig pasientbehandling og effektiv drift.

#### 6.2. Somatiske funksjoner

Døgnskuttet beredskap innen generell indremedisin, generell kirurgi og fødselshjelp skal bli ivaretatt ved sykehusene i Sandnessjøen og Mo i Rana. Videre funksjonsfordeling mellom de to akuttisyekehusene skal skje på en måte som støtter opp under den døgnskuttet beredskapen, og en bærekraftig og framtidrettet drift begge steder. Dette innebærer robuste fagmiljøer av tilstrekkelig størrelse som foruten god pasientbehandling kan ivareta oppgaver innen utdanning, forskning og utvikling. Det tilstrebes at fagmiljøene i Mo i Rana og Sandnessjøen også har tilstrekkelig spesialistkapasitet til at disse kan tilby polikliniske tjenester i Brønnøysund og Mosjøen. Gitt tidligere beslutninger rundt funksjonsfordeling av de kirurgiske funksjonene, der ortopedi og tarmkreftkirurgi er lagt til Mo i Rana, skal det vies særlig oppmerksomhet for å sikre det kirurgiske tilbudet og beredskapen i Sandnessjøen på lang sikt.

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

#### 6.3. Psykisk helsevern og TSB

I Helse Nord's styresak 82-2024 «Helgelandssykehuset HF, fremtidig struktur» 19. juni 2024 framheves fagområdene psykisk helse og TSB: *«Fagområdene psykisk helsevern (PHV) og rusbehandling (TSB) har vært mindre fokusert. I regionen går det tydelig fram at ventetidene er for lange, og det er fristbrudd som fører til svært store kostnader. I det videre arbeidet med sykehusstrukturen på Helgeland må de to fagområdene få større plass. Ved alvorlig psykisk sykdom må pasientene i dag transporteres til Nordlandssykehuset i Bodø. En styrking av tjenestene innen PHV i forbindelse med omstillingsarbeidet bør kunne lede til at Helgelandssykehuset selv kan ivareta en større andel av pasientene innen PHV og TSB. Belastningen for de mest alvorlig syke pasientene innen PHV med transport og behandling i Bodø er stor og bør reduseres».*

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

#### 6.4. Rehabilitering

Helgelandssykehuset skal styrke kapasiteten innen spesialisert rehabilitering. Det skal være et tett samarbeid med kommunene for å sikre gode pasientforløp.

#### 6.5. Prehospitale tjenester

For å sikre god akuttberedskap og transportkapasitet skal det prehospitale tilbudet i og rundt Mosjøen styrkes i samarbeid med berørte kommuner. Ambulansetjenesten styrkes i tråd med tidligere utredning. Samarbeidet med kommunene og andre nødetater på områdene akuttmedisin og praktisk trening bør utvikles videre til et formalisert samvirke.

#### 6.6. Samhandling med kommunene

Funksjonsfordelingen mellom lokalisasjonene Mo i Rana, Sandnessjøen, Mosjøen og Brønnøysund skal skje på en hensiktsmessig måte som legger til rette for økt samarbeid mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste i tråd med Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

#### 6.7. Bygg og medisinsk teknisk utstyr (MTU)

Endret struktur og funksjonsdeling skal baseres på den eksisterende bygningsmassen og MTU med minst mulig behov for investeringer og nyanskaffelser. Arealer som eies av Helgelandssykehuset skal utnyttes maksimalt, slik at leieavtaler kan avvikles.

#### 6.8. Tilstedeværelse av ledelse

Med referanse til foretaksmøte 3. juli 2024 under foretaksmøtets vurdering: *Foretaksmøtet la også til grunn at Helgelandssykehusets ledelse har Sandnessjøen som hovedarbeidssted, i tråd med tidligere prosesser.* Presisering av vurderingen er at administrerende direktør i Helgelandssykehuset skal ha sitt hovedkontor i Sandnessjøen. Foretaksprotokollen Helse Nord av 30. august 2024 vedtak pkt j. *sørge for at ledelsen har regelmessig tilstedeværelse ved de fire lokalisasjonene.*

### Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 - 2027 gir regjeringen noen overordnede politiske signaler vedrørende funksjons- og oppgavefordeling. Regjeringen vil at vi skal desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må. Videre skriver regjeringen at «økt elektiv aktivitet kan styrke grunnlaget for å opprettholde akuttfunksjoner ved at helsepersonellet gir planlagt behandling ved siden av å ivareta beredskap for akutte situasjoner. Når man vurderer å flytte elektiv aktivitet til mindre sykehus eller ytterligere desentralisere behandlingseenheter, er det en rekke forhold som må inngå i vurderingen. Det må blant

annet være tilstrekkelige beredskapsfunksjoner og tverrfaglig kompetanse ved det enkelte sykehuset. Pasientgrunnet må være tilstrekkelig til at helsepersonell får nok erfaring med de aktuelle prosedyrene, ettersom volum og erfaring er forbundet med kvalitet. Det må også være en hensiktsmessig fordeling mellom sykehus slik at det er tilstrekkelig operative prosedyrer for å ivareta spesialist- og videreutdanning. Flytting av elektiv aktivitet må ikke bidra til å opprettholde aktivitet innenfor behandlinger som anses som å ha lav nytte og dermed bør fases ut. Pasientenes rett til å velge behandlingssted kan begrense helseforetakenes mulighet til å påvirke pasientstrømmene. Geografi, ventetider og preferanser hos den som henviser har også betydning».

### **Forståelse av oppdraget oppsummert**

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

### **Administrerende direktørs overordnede prioriteringer i arbeidet med løsningsforslaget**

Det skal tilbys spesialisthelsetjenester med høy kvalitet ved fire lokalisasjoner på Helgeland. Gitt det lave befolkningsgrunnet og de stramme rammebetingelsene er dette en krevende oppgave. Mange ulike behov skal oppfylles, og det er vanskelig å se at det finnes én optimal løsning som oppfyller disse. Først og fremst skal pasientsikkerheten ivaretas. Samtidig er det nødvendig å redusere kostnadene. Oppdraget fra Helse Nord RHF og eget styre har ikke definert et eksplisitt innsparingskrav knyttet til løsningen, annet enn at den innrettes slik at det minimerer behovet for personell, investeringer i bygg eller medisinsk teknisk utstyr. I foretakets vedtatte budsjett for 2025 er en av tre satsingsområder ny funksjons- og oppgavefordeling. Det er en forutsetning at løsningen bidrar til en sunn økonomisk utvikling og økonomisk bærekraft, både på kort- og lengre sikt. Bærekraft på sikt handler om å sikre en drift som gir et godt og forutsigbart tjenestetilbud til befolkningen, og at vi ivaretar øvrige lovpålagte oppgaver. En helt nødvendig forutsetning er da å ha en stabil personellsituasjon, der behovet for faglig utvikling er ivaretatt. Et godt arbeidsmiljø er en vesentlig faktor for at helsepersonell vil arbeide ved Helgelandssykehuset og at sykefravær holdes nede.

Administrerende direktør mener at løsningsforslaget som foreligger, gjengitt under og i vedlegg 1, gir best bærekraft, oppfyller helseministerens strukturvedtak, Helse Nords oppdrag til Helgelandssykehuset samt de føringer som eget styre ga i mandatet. Gitt rammebetingelsene vurderes alternative løsningsforslag å medføre lavere økonomisk effekt og/eller høyere risiko knyttet til gode tjenestetilbud ved alle fire lokalisasjonene.

### **Personell, utdanning og kompetanse**

Medarbeiderne er virksomhetens viktigste ressurs. Å bemanne spesialisthelsetjenesten med tilstrekkelig antall fagpersoner med rett kompetanse er Helgelandssykehusets aller største

utfordring i tiden framover. I vedlegg 2 er det redegjort for rammebetingelsene for rekruttering og bemanningssituasjonen primært i somatiske klinikker. Personell knyttet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er omtalt i vedlegg 1, kap. 3.2.

### Ledelse i Helgelandssykehuset

Foretaksmøtet 3. juli 2024 la til grunn at Helgelandssykehusets ledelse har Sandnessjøen som hovedarbeidssted, i tråd med tidligere prosesser. Presisering av vurderingen er at administrerende direktør i Helgelandssykehuset HF skal ha sitt hovedkontor i Sandnessjøen. Helse Nord RHF skriver i foretaksprotokollen 30. august 2024 vedtak pkt. j.: «sørge for at ledelsen har regelmessig tilstedeværelse ved de fire lokalisasjonene». Saken er nærmere vurdert i vedlegg 1, kap. 4.6.

### Samhandling

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

Helgelandssykehuset og kommunene må samarbeide godt, både på strategisk nivå, når vi planlegger tjenester, etablerer felles prosedyrer, og i daglig drift. Digitalisering, rekruttering, psykisk helsevern, rehabilitering og akuttmedisin er viktige tema for felles utvikling av fremtidens tjenester.

Kommunene på Helgeland har i lang tid vist et betydelig engasjement rundt saken om ny sykehusstruktur, og har levert tallrike høringssvar, innspill og uttalelser, som Helgelandssykehuset har, og fortsatt vil, benytte aktivt i videre arbeid. Vårt brukerutvalg og ungdomsråd er verdifulle representanter for pasientene våre. I vedlegg 1 kap. 5.3 har vi samlet all informasjon om kommunenes innspill og Helgelandssykehusets dialog med kommunene og brukerutvalgene underveis i prosessen.

### Økonomiske forutsetninger

Økonomiske forutsetninger for prosessen med funksjons- og oppgavefordeling er beskrevet i Protokoll fra foretaksmøte i Helgelandssykehuset HF 30. august 2024, og i saksfremlegget til styresak 80-2024 *Mandat for funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset*. Saken leses her. De økonomiske forutsetningene ble i tillegg oppdatert i styresak 114-2024 *Budsjett 2025*, med oppdatert bærekraftsanalyse, omstillingsutfordring og tiltaksplan.

For å best mulig imøtekomme utfordringsbildet skal forslag om ny funksjons- og oppgavefordeling innrettes slik at det minimerer behovet for investeringer i bygg eller medisinsk teknisk utstyr. Mandatet presiserer også at endret funksjonsfordeling skal baseres på den eksisterende bygningsmassen, og med minst mulig behov for investeringer og nyanskaffelser. Arealer som eies av Helgelandssykehuset skal utnyttes maksimalt, slik at

leieavtaler kan avvikles. Foretaksmøtets vedtak presiserer også nødvendigheten av å tilrettelegge med gode prehospitale tjenester som er tilpasset de endringer som foreslås.

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

### **Overordnet økonomisk status og framtidig bærekraft**

Bærekraft fra styresak 114-2024 *Budsjett 2025*, viste et omstillingsbehov på 136,6 mill.kr, hvorav 68,0 mill.kr inngår i omstillingsprogram Helgelandssykehuset 2025-2026 og 68,3 mill.kr er tiltak i driften. Fra og med 2026 gjeninnføres overskuddskrav på 47,0 mill.kr, noe som øker omstillingsutfordringen tilsvarende. Foretaket har fortsatt betydelig omstillingsutfordring både på kort og lang sikt som må løses.

### **Omstillingsutfordring**

Foretaket har ved inngangen av 2025 et omstillingsbehov på 136,3 mill.kr som er løst gjennom 68,3, mill.kr med tiltak i klinikkene. Resterende uløst omstillingsutfordring på 68,0 mill.kr som skal løses gjennom foretaksovergripende omstillingstiltak. Dette er belyst i styresak 114-2024 *Budsjett 2025 hvor administrasjonen bes om å komme tilbake med en sak til styret i februar.*

Funksjons- og oppgavefordeling er beregnet til å gi en årlig besparelse på 42,7 mill.kr. Dette er vist i vedlegg 5. Den økonomiske effekten i 2025 forventes å bli begrenset på grunn av forslag til oppstartstidspunkt og omstillingskostnader i saken. I henhold til vedtak i styresak 114-2024 *Budsjett 2025*, vil styret i februar få seg forelagt et oppdatert og samlet konsolidert budsjett, der effekten av funksjons- og oppgavefordelingen vil inngå som en del av saksgrunlaget.

### **Bygg og arealmessige forutsetninger**

Mandatet for arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling legger vekt på å bruke eksisterende bygningsmasse, med minst mulig behov for nye investeringer og anskaffelser. Helgelandssykehusets egne arealer skal utnyttes fullt ut for å redusere behovet for eksterne leieavtaler.

For å tilpasse driften til den nye funksjons- og oppgavefordelingen, vil det være ønskelig med enkelte bygningsmessige tilpasninger. Deler av dagens bygg er ikke tilpasset den nye strukturen, og dette vil medføre noen ombyggingskostnader. Målet er å minimere disse kostnadene så langt det lar seg gjøre.

### **Funksjonsfordeling og arealtilpasninger**

Flere funksjoner skal flyttes fra Mosjøen til sykehuslokalisasjonene i Mo i Rana og Sandnessjøen. Det er besluttet at det ikke skal bygges nytt nå, men det åpnes for mindre

arealmessige tilpasninger. Funksjonsfordelingen vil i stor grad baseres på tilgjengelige eller lett frigjorte arealer, for å minimere investeringsbehovet.

### **Arealer som vurderes i tilknytting funksjons- og oppgavefordelingen**

#### **1. Mo i Rana:**

- Lokaler på 692 m<sup>2</sup> er frigjort etter at Rana kommunes helsepark har flyttet ut fra plan 5 i østfløyen. Disse lokalene inkluderer 19 pasientrom.
- Dialysen og kontortjenesten kan flyttes til fløy B, noe som også vil frigjøre plan 6 i østfløyen. Totalt vil 692 m<sup>2</sup> være tilgjengelig.

#### **2. Sandnessjøen:**

- Lokaler på 797 m<sup>2</sup> vil frigjøres når tannhelsetjenesten flytter ut ved kontraktens slutt i 2025. Lokalene kan brukes som poliklinikk uten større tilpasninger, men ombygging til sengeavdeling vil kreve mer omfattende investeringer

### **Utkast til løsningsforslag – håndtering av dilemmaer**

Et løsningsforslag til høring forelå 4. november.

I forslaget til funksjons- og oppgavefordeling mellom de fire tjenestestedene i Helgelandssykehuset har administrerende direktør måttet veie flere ulike hensyn opp mot hverandre. Mangel på helsepersonell er hovedutfordringen, og arbeidsmarkedet på hele Helgeland må utnyttes. Helgelandssykehuset skal drives som ett sykehus, noe som blant annet innebærer en gjennomgående faglig ledelse.

Hensyn som inngår i håndtering av dilemmaer:

#### Personell og innleiebehov

Tjenestestedene må ha tilstrekkelig personell, og strukturen må la seg bemanne med minst mulig innleiebehov.

#### Avstand til akutt sykehus

Selv med gode prehospitaltjenester er det ønskelig med kort vei til akutt sykehus når pasientens tilstand krever raskest mulig medisinsk behandling.

#### Forutsigbare pasientløyper

Både pasienter og helsepersonell må ha klart for seg hvilke behandlingstilbud som ytes ved de ulike lokalisasjonene og hvilken beredskap de har.

#### Pasientgrunnlag

Pasientgrunnlaget må være stort nok for å sikre tilstrekkelig volum på faglig aktivitet, noe som har betydning for kvalitet i pasientbehandlingen, oppfyllelse av læringsmål for LIS samt gode vakt- og arbeidstidsordninger og rekruttering.

### Investeringsbehov

Eksisterende arealer må utnyttes best mulig, og behovet for investering i bygg og utstyr skal minimeres.

### Opptaksområder i generell kirurgi og generell indremedisin.

Det foreslås ingen endring i opptaksområdene for generell kirurgi. Dette innebærer at kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal fortsatt inngår i opptaksområdet til Sandnessjøen. Innen generell indremedisin foreslås det at Vefsn inngår i opptaksområdet til Mo i Rana, mens Grane og Hattfjelldal inngår i opptaksområdet til Sandnessjøen. Hjerneslagpasienter fra alle tre kommuner foreslås ført til Sandnessjøen.

### Vurdering:

Her har det vært vanskelige avveininger, og det framstår ikke som optimalt at Vefsn får en delt løsning og inntil 20 minutter lenger kjørevei til akuttstusykehus enn det nærmeste for indremedisinske pasienter. Dette er likevel vurdert som forsvarlig og ikke tillagt avgjørende vekt, siden prehospitale tjenester styrkes både faglig og kapasitetsmessig, det etableres slagalarm i Mosjøen, og pasientløypene er forutsigbare. Begrunnelsene for forslaget er i hovedsak knyttet til faktorene kapasitet og innleiebehov. Dersom også Vefsn skulle inngå i opptaksområdet til Sandnessjøen, ville det indremedisinske pasientgrunnlaget for denne lokalisasjonen øke 62 %. Det ville gi en stor økt belastning på både medisinsk sengepost og intensivavdelingen. På bakgrunn av redegjørelsen i vedlegg 2 (PUK) vedrørende disse avdelingenes bemanningssituasjon, måtte man forvente at en slik løsning ville medføre et sterkt øket innleiebehov. Den foreslåtte løsningen medfører at pasientgrunnlaget for Sandnessjøen øker 10 % og for Mo i Rana 40 %, noe som vurderes håndterbart begge steder. Også når det gjelder tilgjengelig arealer uten større investeringsbehov, vurderes denne løsningen å være best. Sandnessjøen har et større pasientgrunnlag enn Mo i Rana innen generell kirurgi og gynekologi. Dette er også pasienter som belaster akuttinntak og intensivavdelingen og må inngå i den totale vurderingen av kapasitet.

For å unngå en delt løsning for Vefsn, er det vurdert om denne kommunen også skulle inngå i det generellkirurgiske opptaksområdet til Mo i Rana. Dette foreslås ikke, fordi en ikke ønsker å svekke pasientgrunnlaget for lokalisasjon Sandnessjøen innen kirurgi med tanke på framtidig faglig bærekraft.

Det er vurdert om det indremedisinske pasientgrunnlaget for Sandnessjøen på i underkant av 30 000, som er en økning fra dagens nivå, er for lite for på sikt å sikre tilstrekkelig robust fagmiljø. Med tanke på erfaring fra dagens drift, at flere andre sykehus i landet har tilsvarende eller lavere pasientgrunnlag, samt vurderinger gjort i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), vurderes risikoen å være moderat. Det forventes også en økning av indremedisinske pasienter på grunn av eldrebølgen. Det er reist spørsmål om en relativt stor forskjell i pasientgrunnlaget mellom Sandnessjøen og Mo i Rana representerer en utfordring med hensyn til likeverdige muligheter for fagutvikling, utdanning, gode vaktordninger og rekruttering i medisinsk avdeling og på intensiv. Dette forholdet bør følges



nøye opp av ledelsen. Det utredes en gjennomgående faglig ledelse av de tre legeenhetene. Balansert oppgavefordeling og ressursstyring skal sikre kompetansebygging og robuste fagmiljøer ved alle tjenestestedene, og dette må forankres i foretakets utviklingsstrategier.

### Urologi

Det skal ikke være døgnfunksjoner i Mosjøen, og det foreslås at urologisk døgnkirurgi overføres til Sandnessjøen. Når det er lagt faglig til rette for det, skal dagkirurgi og evt. poliklinikk også overføres dit. Denne løsningen innebærer at det må investeres i dublert operasjonsutstyr, siden det i en periode skal utføres operasjoner to steder.

Vurdering:

Man kunne tenke seg at all urologisk kirurgi overføres fra Mosjøen samtidig. Da ville man unngå investering i dublert operasjonsutstyr. Det er vurdert at dette ville innebære en for stor risiko for oppløsning av fagmiljøet, som er lite og sårbart og i stor grad stedbundet rundt Mosjøen. Det kan ikke forventes at andre sykehus i Helse Nord ville kunne kompensere tapet av dette tilbudet uten en betydelig økning av ventelistene og flere gjestepasienter ut av regionen. Muligheten for å ha døgnenger for urologi i Mosjøen noen dager i uken er vurdert. Dette forslaget ville, slik administrerende direktør vurderer det, være i strid med mandatet pkt. 6.2.

Det ville heller ikke være en bedre løsning å overføre urologien til Mo i Rana. Mo i Rana har funksjonsfordelt ortopedi og tarmkreftkirurgi. En økning i ortopedisk kirurgi vil legge press på operasjonskapasiteten der. Det kirurgiske fagområdet i Sandnessjøen trenger en større bredde i virksomheten for å sikre faglig bærekraft på sikt. Sandnessjøen vurderes å kunne overta urologisk døgnkirurgi uten en større økning i kapasitet.

Løsningen som er foreslått krever at lederlinjen og fagmiljøet følger situasjonen nøye og treffer tiltak underveis i implementeringen. Saken er også nærmere kommentert i vedlegg 3 *Høringsuttalelser – vurderinger*.

### **ROS-analyse forsvarlig drift**

En ROS-analyse ble gjennomført parallelt med en hørings- og innspillrunde. ROS-analysen er presentert i vedlegg 4.

Grunnlaget for denne overordnede risiko- og sårbarhetsanalysen var forslag til funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF, høringsversjon av 4. november. Hensikten med analysen var å vurdere risikoområder innen forsvarlig drift og identifisere risikoreducerende tiltak. Målet var å tilrettelegge for risikoreduksjon til et akseptabelt nivå før de foreslåtte strukturendringene iverksettes. Tidshorizonten for denne analysen var første fase av iverksettelsen, som er fram til 1. juni 2025. I denne fasen skal overføring av akutt- og døgnfunksjoner forberedes. De to tiltakene som krever utredning i samarbeid med kommunene, rehabilitering i Mosjøen og observasjonspost i Brønnøysund, inngår ikke i denne fasen og var ikke gjenstand for risikovurdering nå. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngikk ikke i denne ROS-analysen, siden ROS-analyse på dette feltet var gjennomført tidligere.

Administrerende direktør tar ROS analysen til etterretning, og den inngår i saksgrunnlaget for løsningsforslaget.

ROS-analyse med fokus på HMS blir gjennomført våren 2025 i tråd med vedtak i foretakets arbeidsmiljøutvalg (AMU). I tillegg vil det våren 2025 bli utført en ROS-analyse av akuttmedisinsk beredskap i prosjektet OU-prehospital. I forbindelse med gjennomføringsplanen utarbeides en risikovurdering (ROS) som grunnlag for oppfølging av selve implementeringen.

### Hørings- og innspillsrunde

Det ble i perioden 4. november til 13. desember gjennomført en hørings- og innspillsrunde basert på forslaget om funksjons- og oppgavefordeling av 4. november. Dette løsningsforslaget var ikke styrebehandlet i Helgelandssykehuset, så høringsrunden har vært å anse som en del av den saksbehandlingen som skal ligge til grunn for styrebehandling 24. januar 2025. Samtlige kommuner, ungdomsrådet, brukerutvalget, fagorganisasjonene, vernetjenesten og egne medarbeidere for øvrig ble invitert til å uttale seg. Det var også åpning for andre å komme med innspill.

Helgelandssykehuset mottok totalt 70 høringsuttalelser, hvorav 15 kom fra kommuner på Helgeland, 40 interne og 15 fra øvrige. Uttalelsene utgjør til sammen 363 sider. Samtlige høringsuttalelser er lagt ut på Helgelandssykehusets hjemmesider her, under endring og omstilling.

Selv om høringsinstansene har tatt opp mange temaer, er det noen som er viet særlig stor oppmerksomhet. Disse er nærmere omtalt og vurdert i vedlegg 3.

### Endelig løsningsforslag

Løsningsforslaget av 4. november blir stående. Se vedlegg 1.

Hovedgrep:

- Etablering av en lukket psykiatrisk akutenhet i Mo i Rana og styrket poliklinikk i PHR.
- Styrket rehabiliteringsfunksjon i Sandnessjøen.
- Styrket kirurgisk virksomhet i Sandnessjøen inkludert urologi.
- Styrket ortopedisk kirurgi i Mo i Rana og Mosjøen.
- Styrket prehospitale tjenester, faglig og kapasitetsmessig, i samarbeid med kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal.
- Etablering av slagalarm i Mosjøen etter mønster fra Brønnøysund.
- Etablering av en observasjonspost ved DMS Sør-Helgeland i samarbeid med kommunen.

Døgnfunksjoner i Mosjøen:

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

Utredes:

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

Dagfunksjoner i Mosjøen:

- Helgelandsfunksjonene nevrologi, øye og hud.
- Dagkirurgi innen plastikk-kirurgi, ortopedi og generell kirurgi.
- Skadepoliklinikk.
- Radiologi og laboratorietjenester.
- Dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling.
- Medisinsk poliklinikk med øyeblikkelig hjelp-funksjon.
- Øvrige polikliniske funksjoner (kirurgi, pediatri, hud, svangerskap, audiometri, uroterapeut).

Overføres fra Mosjøen:

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

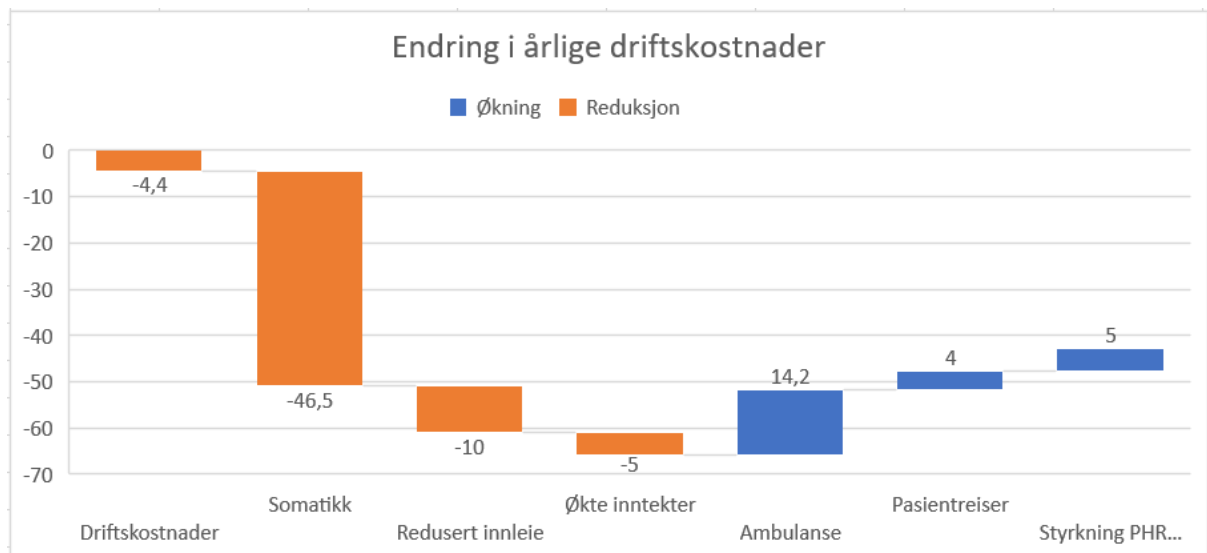
I tillegg ønsker Helgelandssykehuset å styrke tilbudet til barn. En generell kompetansestyrking hos helsepersonellet, en styrking av det pediatriske miljøet i Sandnessjøen og etablering av en egen barneavdeling er aktuelle strategier.

### Økonomiske effekter av løsningsforslaget

Det har vært en forutsetning at ny funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset skal gi en struktur som lar seg bemanne, sikrer god kvalitet i tjenestene og gir en bærekraftig økonomi. ROS-analysen av forsvarlig drift ga en avklaring av sengebehov, grunnbemanning og nødvendige arealmessige tilpasninger. Det er deretter i samarbeid med økonomiavdelingen, klinikksjefene og drift og eiendom gjort mest mulig detaljerte beregninger av økonomisk effekt.

Den identifiserte økonomiske effekten er beregnet til 42,7 mill.kr årlig og er beskrevet nærmere i vedlegg 5. Se vedlegg 5 for nærmere beskrivelse av risikofaktorer og usikkerhet.

Den beregnede økonomiske effekten av løsningsforslaget er illustrert i figur under.



### Framdriftsplan for gjennomføring

I henhold til foretaksmøtet i Helgelandssykehuset 30. august 2024 og vedtakspunkt e. skal forslaget inneholde en framdriftsplan for gjennomføring.

Forberedelser til implementering av vedtak om funksjons- og oppgavefordeling pågår allerede. Ulike faser av implementeringen forventes ferdigstilt mellom 01.09.25 (prehospital opptrapping) og 01.10.25 (alle akutt- og døgnfunksjoner overført). ROS-analyser benyttes som verktøy for å sikre ivaretagelse av pasienttilbudet og helse, miljø og sikkerhet (HMS) underveis i implementeringsfasen. Pasientsikkerheten og kvaliteten i behandlingen skal være kontinuerlig ivaretatt gjennom implementeringen.

En forutsetning for at akutt- og døgnfunksjoner overføres fra Mosjøen er at opptrapping av beredskap er gjennomført både prehospitalt i Vefsn, Grane og Hattfjelldal og inhospitalt i de to akutt sykehusene. Overføring av pasienter til akutt sykehusene krever ansettelse av pleiepersonell, og disse må være på plass og ferdig opplært innen overføring av akutt- og døgnfunksjoner er iverksatt. Det legges til grunn av denne bemanningen må være på plass en måned før endelig iverksettelsesdato.

I arbeidet med funksjons- og oppgavefordelingen er den prehospitalt opptrappingen et avgjørende element for å lykkes med implementeringen og iverksettelse av vedtak. Det er nødvendig med tidlig iverksettelse av opptrappingsplanen for å sikre at

Helgelandssykehuset er i stand til å ivareta sitt ansvar for den totale beredskapen for befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Ambulansetjenesten må ha gjennomført opptrapping på det tidspunktet akutt- og døgnfunksjoner overføres fra Mosjøen. Rekruttering og utsjekk av personell til to ekstra ambulanser starter tidlig i 2025. Opptrappingsplanen innebærer at styrking av ambulansetjenesten i Hattfjelldal er iverksatt. Personell til døgn- og dagambulansen planlegges å være ansatt senest en måned før overføringen av akutt- og døgnfunksjoner.

I implementeringsfasen er det nødvendig å støtte berørte kliniksjefer og koordineringsgruppen med ett legeårsverk for å sikre iverksettelse og implementering.

Den overordnede risiko- og sårbarhetsvurderingen (vedlegg 4) omtaler og viser til tiltak som innbefatter gjennomføring. Tiltakene består i å øke antall ambulanser, øke grunnbemanning i nødvendig grad i akuttsykehusene, gjøre nødvendige tilpasninger i areal og medisinteknisk utstyr. Nødvendige kompetansehevende tiltak iverksettes.

#### **For gjennomføringen legges det til grunn en femdelte plan:**

##### 1. Iverksettelse av vedtak i somatikk og prehospitale tjenester:

En felles implementeringsplan herunder:

- Iverksette opptrappingsplan prehospital
- I samarbeid med kommunene iverksette OU prehospital i tråd med plan
- Planlegge og gjennomføre en omstillingsplan medisinsk klinikk
- Planlegge og gjennomføre en omstillingsplan kirurgisk klinikk
- Gjøre nødvendige korrigeringer i organisasjonskart somatiske klinikker før omstillingsarbeidet igangsettes.
- I perioden 25.01 og 25.02 detaljplanlegge en tidsplan som hensyntar avhengigheter og faglig forsvarlighet. En plan for optimal implementering. Ingen avvik eller hendelser som kan tilskrives dårlig implementering.
- Sikre ressurser til kliniksjeferne og avdelingsledere for bistand iverksettelse
- Oppfølging av påløpte omstillingskostnader

##### 2. Tilpasning kapasitet tjenestenivå, drift og eiendom.

- Sørge for samstemming av tidsplan med implementeringsplan somatikk/prehospital.
- Avstemme behovet for kapasitet i tjenestenivå etter omstilling.

##### 3. Rehabilitering medisinsk klinikk

- I perioden 25.01.25 og 25.02.25 detaljplanlegge en tidsplan som hensyntar ressursmessige- og faglig problemstillinger. Sørge for å sette arbeid i kontekst med

faglige samarbeidsutvalg (FSU) i regi av Helsefellesskap Helgeland og eventuelt samarbeid om rehabilitering med kommunene (jf løsningsforslaget).

4. Psykisk helse og rus

- Vedtak, utrede og dialog med Helse Nord rundt problemstillingen vedrørende finansiering av bygg.
- Budsjettprosess 2026: Styrking poliklinikk.

5. Samhandling og Helsefellesskap Helgeland

- Opprettholde forutsigbar og tett dialog med de mest berørte kommunene for å ivareta pasientsikkerheten.
- I samarbeid med kommunene i Helsefellesskap Helgeland prioritere søknader til søknadsbasert ordning for rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Helse Nord (Helse Nord styresak 154-2024, 18.12.24). Rehabilitering i Mosjøen og observasjonspost i Brønnøysund er to av foretakets innspill til denne prosessen.
- I samarbeid med kommunene sørge for god framdrift i etablerte faglige samarbeidsutvalg.
- I samarbeid med kommunene følge opp arbeidet i digital hjemmeoppfølging som har fått bevilget 5 mill.kr årlig og samhandlingsmidler.

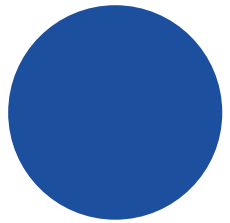
Sandnessjøen, 17. januar 2025

Lena Nielsen

administrerende direktør

Vedlegg:

1. Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset – løsningsforslag
2. Personal, utdanning og kompetanse
3. Høringsuttalelser – vurderinger
4. ROS-analyse forsvarlig drift
5. Økonomiske beregninger
6. Drøftingsprotokoll Funksjons- og oppgavefordeling 150125
7. Referat fra AMU-møte 22.1.2025 (ettersendes)



## Vedlegg 1. Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF

1. Sammendrag.....	1
1.1 Somatikk.....	3
1.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	3
2. Innledning .....	3
3. Fagområder – dagens funksjonsfordeling .....	5
3.1 Somatikk.....	5
3.1.1 Fagområdene under medisinsk klinikk .....	5
3.1.2 Fagområdene under kirurgisk klinikk.....	7
3.1.3 Akuttmottak, anesthesiologi og intensivmedisin .....	9
3.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	12
3.3 Diagnostiske tjenester .....	13
4. Helhetsvurdering og løsningsforslag .....	15
4.1 Somatikk.....	15
4.1.1 Vurdering funksjons- og oppgavefordeling i kirurgiske fagområder.....	17
4.1.1.1 Pasientforløp traumer .....	20
4.1.2 Vurdering funksjons- og oppgavefordeling i medisinske fagområder.....	22
4.2 Observasjonspost ved DMS Sør-Helgeland.....	29
4.3 Prehospitaltjenester.....	29
4.4 Barns beste.....	30
4.5 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	31
4.5.1 Etablering av akuttenehet.....	31
4.5.2 Unngå fristbrudd og redusere ventetid.....	34
4.4.3 Oppsummert forslag .....	35
4.6 Ledelse i Helgelandssykehuset .....	35
5. Appendiks.....	35
5.1 Involvering i saksbehandlingen.....	35
5.2 Helgelandssykehuset- Ett sykehus.....	39
5.3 Samhandling og brukerinvolvering.....	40

### 1. Sammendrag

Utgangspunktet for løsningsforslaget er pasientens interesser. Pasientsikkerhet er førende. I en prioritering av ulike hensyn betyr det at akuttmedisinsk beredskap er ivaretatt prehospitalt, at de to akutt sykehusene har robuste fagmiljøer og skal ivareta sine lovbestemte oppgaver, at det er forutsigbare pasientløyper og at

sykehusfasilitetene bidrar til å fremme helse. Neste prioritet er at pasienter ikke skal vente lenge på nødvendig helsehjelp og dernest at eldre skrøpelige pasienter og kronikere skal ha helsetilbud nært seg. Med dette utgangspunktet skal løsningen finnes innenfor de rammebetingelsene som foreligger innen personellsituasjonen, økonomi og bygg. Helgelandssykehuset skal ha en forsvarlig drift. Med dette menes:

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

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

Hovedgrep:

- Etablering av en lukket psykiatrisk akutenhet i Mo i Rana og styrket poliklinikk i PHR.
- Styrket rehabiliteringsfunksjon i Sandnessjøen.
- Styrket kirurgisk virksomhet i Sandnessjøen inkludert urologi.
- Styrket ortopedisk kirurgi i Mo i Rana og Mosjøen.
- Styrket prehospitaltjenester, faglig og kapasitetsmessig, i samarbeid med kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal.
- Etablering av slagalarm i Mosjøen etter mønster fra Brønnøysund.
- Etablering av en observasjonspost ved DMS Sør-Helgeland i samarbeid med kommunen.

Døgnfunksjoner i Mosjøen:

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

Utredes:

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

Dagfunksjoner i Mosjøen:

- Helgelandsfunksjonene nevrologi, øye og hud.
- Dagkirurgi innen plastikk-kirurgi, ortopedi og generell kirurgi.
- Skadepoliklinikk.
- Radiologi og laboratorietjenester.
- Dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling.
- Medisinsk poliklinikk med øyeblikkelig hjelp-funksjon.
- Øvrige polikliniske funksjoner (kirurgi, pediatri, hud, svangerskap, audiometri, uroterapeut).

Overføres fra Mosjøen:

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

I tillegg ønsker Helgelandssykehuset å styrke tilbudet til barn. En generell kompetansestyrking hos helsepersonellet, en styrking av det pediatriske miljøet i Sandnessjøen og etablering av en egen barneavdeling er aktuelle strategier.



## 1.1 Somatikk

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

## 1.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I dag er nærmeste akuttenhet for psykisk syke i Bodø. Svært syke pasienter får en krevende og lang transport. Det foreslås derfor å etablere en akuttenhet ved Helgelandssykehuset. Pasientene vil få kortere reisetid både til og fra akuttenhet, og vil kunne følges bedre opp av de lokale døgnerheter og poliklinikker da de ligger i samme klinikk og nærmere fysisk. En akuttenhet vil være fordelaktig for samhandling om disse alvorlig syke, ofte kronisk lidende pasientene. Kommunehelsetjenesten vil i mye mindre grad oppleve at pasientene må vente på transport.

En etablering av akuttenhet vil gi en redusert belastning av de Prehospitale tjenester, samt politi og følgetjenesten.

En vesentlig fordel for klinikken med tilbudet lokalt er at LIS 3 slippe å reise til Bodø eller annet foretak med akuttenhet for å ta et helt år av spesialiseringen sin. Hvis det i tillegg på sikt blir mulig å håndtere psykosepasienter på dagens døgnerhet på Mo, vil en ha mulighet for å gjennomføre hele spesialiseringsforløpet på Helgeland. Det vil kunne være rekrutterende og stabiliserende for leger. Anbefalingen er at det etableres en akuttenhet i Helgelandssykehuset, og at denne lokaliseres i Mo i Rana. For vurdering av lokalisering, se kap. 4.5.1.

I tillegg foreslås det at Psykisk helse og rusklinikken tilføres ressurser for å styrke poliklinikkene med fire stillinger årlig i fire år.

## 2. Innledning

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

### Dilemmaer og prioritering

I saksbehandlingen måtte en rekke faktorer vektas i forhold til hverandre. Det var personellsituasjonen, rekrutteringsevne, økonomi, bygg og utstyr. En overordnet prioritet er pasientsikkerhet. Denne hviler på grunnleggende krav til gjennomgående kvalitet og helsearbeidernes kompetanse.

Prioritering fra pasientperspektivet er som følger:

1. Pasientsikkerheten er ivaretatt
  - a. Akuttmedisinsk beredskap prehospitalt i samarbeid med kommunene
  - b. To akutt sykehus med robuste fagmiljøer som oppfyller alle krav til forsvarlig pasientbehandling, utdanning, forskning, opplæring av pasienter og pårørende.
  - c. Forutsigbare pasientløyper
  - d. Sykehusfasiliteter som fremmer god helse og tidlig mobilisering
2. Pasienter skal ikke vente lenge på nødvendig helsehjelp

3. Eldre skrøpelige og kronikere skal ha tilbud nært seg
4. Positiv pasientopplevelse på sykehuset
5. Pasienter skal reise kortest mulig, også når det ikke haster og når man trenger tilbudet sjeldent

### **Forsvarlig drift**

Helgelandssykehuset skal ha en forsvarlig drift. Med dette menes:

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

### **Faglig strategisk utviklingsplan 2021 – 2035**

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

Utfordringsbildet som ble beskrevet, står seg også i dag:

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

FSU beskriver at «de somatiske sykehusenhetene har vært drevet som separate enheter uten vesentlig samhandling, og det har til dels vært konkurranse mellom enhetene. I arbeidet med planen har det vært fokus på to relativt små akuttsykehus og tilbud på fire lokalisasjoner. Dette kan snus rundt ved at ett Helgelandssykehus er muligheten foretaket har for å samordne tjenestene både faglig, ressursmessig og for utvikling, utdanning og forskning. Det vil om dette er bildet av Helgelandssykehuset, kunne øke attraktiviteten. Det er et potensial for bedre kvalitet- og ressursutvikling i samarbeid mellom enhetene”. Også innen psykisk helse og rus, står utfordringsbildet som ble beskrevet, seg i dag:

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

Om prosess og involvering i saksbehandlingen, se kap. 5.

## 3. Fagområder – dagens funksjonsfordeling

### 3.1 Somatikk

#### 3.1.1 Fagområdene under medisinsk klinikk

Medisinsk klinikk har, i tillegg til radiologi og laboratoriemedisin, ansvaret for tilbud innen generell indremedisin, revmatologi, nevrologi, pediatri samt fysikalsk medisin og spesialisert rehabilitering (FMR). Befolkningen i opptaksområdene innen generell indremedisin er i dag for Mo i Rana 34 148, Sandnessjøen 26 245 og Mosjøen 16 236 (SSB Q2 2024). Befolkningen i Bindal kommune får sine tilbud dekket av Helse Nord-Trøndelag HF. Deler av befolkningen Rødøy kommuner benytter Nordlandssykehuset HF for elektive tjenester. Det antas at dette i hovedsak skyldes kommunikasjonsmessige forhold.

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

Mo i Rana

- Ortogeriatrici
- Revmatologi

Sandnessjøen

- Fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR)
- Pediatri

Mosjøen

- Nevrologi og nevrofysiologi

Selv om disse Helgelandsfunksjonene har sin base ved ett tjenestested, er det mange eksempler på at tilbud likevel gis på flere steder. Det kan være i form av desentralisert poliklinikk eller at oppgaver delegeres til andre yrkesgrupper. Tilbudene omtales kort her, mens FMR omtales i kap. 4.1.2. Laboratoriemedisin og radiologi omtales i kap. 3.3.

#### Generell indremedisin

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

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

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

Indremedisinske pasienter er også innlagt i intensivavdelingene. Akuttmottak, anesthesiologi og intensivmedisin er omtalt i kap. 3.1.3.

#### Nyremedisin og dialyse:

Ifølge Norsk nyregister er det en årlig økning av pasienter med behov for nyreerstattende behandling (dialyse eller nyretransplantasjon), men framskrivningsmodellen for dialyse er beheftet med usikkerhet. I 2023 utførte Helgelandssykehuset følgende hemodialysebehandlinger:

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

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

#### Ortogeriatrici:

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

#### Revmatologi:

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

#### Pediatri:

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

#### Nevrologi og nevrofysiologi:

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

#### Utviklingstrender

En aldrende befolkning øker behovet for generelle indremedisinske tjenester. Framskrivningsmodellen benyttet i FSU tilsier en økning av liggedøgn på 50 % fra nivået i 2018 til 2035. Samtidig vil den faglige og teknologiske utviklingen kunne påvirke denne utviklingen. Polikliniske konsultasjoner vil i økende grad kunne ivaretas digitalt. Dette vil redusere reisebelastningen for mange pasienter.

#### Faglige samarbeidsrelasjoner i Mosjøen

Når indremedisinske akuttfunksjoner, medisinsk sengepost og intensiv flyttes fra Mosjøen, er det nødvendig å vurdere konsekvensene for øvrige fagområder som potensielt skal forbli i Mosjøen. I tilbakemeldingene fra medisinsk miljø i Mosjøen er det en særlig oppmerksomhet knyttet til samarbeidsrelasjonene mellom indremedisin og nevrologi/nevrofysiologi samt hud og plastikk-kirurgi. Det er også et nært samarbeid mellom de nevrologiske og nevropsykologiske miljøene i Mosjøen. Nevrologene har tilsyn med pasienter med akutte og kroniske nevrologiske tilstander på dagtid. Dette er pasienter som er innlagt på sengeavdelinger og intensivavdelinger også i Mo i Rana og Sandnessjøen, og denne funksjonen forutsettes

videreført. Som omtalt over, benyttes også medisinsk sengepost til visse nevrologiske utredninger og behandlinger. Det meldes også behov for at laboratoriefunksjoner, CT og MR beholdes i Mosjøen for at nevrologisk poliklinikk kan videreføres som i dag. Også dialysepasientene og pasienter som mottar cellegift og andre infusjoner benytter laboratoriefunksjonene.

### 3.1.2 Fagområdene under kirurgisk klinikk

Kirurgisk klinikk har ansvaret for tilbud innen generell kirurgi, ortopedi, føde, gynekologi, urologi, plastikk-kirurgi, anesthesiologi, ØNH, øye og hud. Akuttmottak og intensiv tilhører også kirurgisk klinikk, men er fellesfunksjoner. Sammen med anesthesiologi beskrives disse funksjonene i kap. 3.1.3.

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

Følgende fagområder er funksjonsfordelt til ett sted (Helgelandsfunksjoner)

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

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

#### Fødselsomsorg:

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

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

#### Gynekologi:

Det er akutt- og døgnfunksjon samt dagkirurgi og poliklinikk i Mo i Rana og Sandnessjøen. Det er også gynekologisk poliklinikk i Brønnøysund og Mosjøen. Antall kvinne- og fødesengene er 12 i Mo i Rana, 11 i Sandnessjøen og 3 i Brønnøysund. I 2023 ble det i Mo i Rana utført 238 gynekologiske inngrep (dag og døgn), i Sandnessjøen 390.

#### Generell kirurgi:

Akuttsykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen har akutt- og døgnfunksjon samt dagkirurgi og poliklinikk. Selv om gastroenterologisk kirurgi er en egen spesialitet, inngår fagområdet i omtalen her. Tarmkreftkirurgi ble funksjonsfordelt til Mo i Rana i henhold til styrevedtak i Helse Nord 15.6.2022 (sak 86-2022). Samme år kom det en anbefaling fra Norsk forening for kolorektal kirurgi om at også inflammatoriske tarmsykdommer bør sentraliseres til samme sykehus som opererer tarmkreft. Anbefalingen ble senere bekreftet i det regionale fagsjefmøtet i Helse Nord. I Mosjøen utføres elektiv døgnkirurgi knyttet til en 5-dagers post. For øvrig er det generell kirurgisk dagkirurgi og poliklinikk i Mosjøen.

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

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

#### Ortopedi:

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

Den ortopediske virksomheten er betydelig i Helse Nord-sammenheng og økende. Antall opererte hoftebrudd ligger nest høyest etter NLSH Bodø. Det er likevel ventelister både innen dag- og døgnkirurgi. Pr. 31.12.2024 var det 674 pasienter på venteliste til poliklinikk (venter på utredning eller behandling etter at henvisning er sendt) med en gjennomsnittlig ventetid på 85 dager. 145 pasienter venter på døgnkirurgi, mens 221 pasienter venter på dagkirurgi. Over 50 % av pasientene fra Helgeland velger andre sykehus for ortopedisk kirurgi. Oversikt fra Norsk pasientregister viser at i 2022 og 2023 ble henholdsvis 449 og 371 ortopediske operasjoner utført ved andre sykehus, de fleste utenfor Helse Nord og ved private sykehus. Den største andelen av slike operasjoner er innsetting av protese i hofteledd og kne. Denne situasjonen krever en oppgradering av den ortopediske kapasiteten i Helgelandssykehuset.

#### Urologi:

Fagområdet er funksjonsfordelt til Mosjøen med en betydelig aktivitet. I 2023 ble det utført 425 dag- og 236 døgnbaserte operasjoner. Det var 4439 polikliniske konsultasjoner i Mosjøen, herav 1062 hos uroterapeut. Det var i tillegg 381 polikliniske konsultasjoner hos uroterapeut i Mo i Rana.

#### Plastikk-kirurgi:

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

#### Øye:

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

#### Hud:

Hudpoliklinikken i Mosjøen har det faglige ansvaret for hudpasientene på Helgeland, både utredning og behandling av akutte og kroniske dermatologiske sykdommer, samt opplæring av sykepleierne ved lysbehandlingsenhetene i Sandnessjøen og i Brønnøysund. Det trekkes fram et godt samarbeid med plastikk-kirurgene rundt hudkreftproblematikk. I 2023 ble det utført totalt 7187 konsultasjoner ved hudpoliklinikken hos lege og/eller sykepleier ved hudpoliklinikken Mosjøen.

Øre-nese-hals (ØNH):

ØNH er i dag lokalisert til Sandnessjøen og er poliklinisk organisert. Tjenesten er dagbasert. Pasienter med døgnbehandlingsbehov eller pasienter til operasjon med lang reisevei innlegges i døgnavdeling etter inngrep. ØNH-leger fører tilsyn med disse overliggerne ved behov. Det er også poliklinisk tilbud i Mo i Rana. Det er i tillegg audiograftilbud i Mo i Rana, Sandnessjøen, Mosjøen og Brønnøysund. I 2023 ble det utført 313 dag- og 49 ØNH døgnoperasjoner i Sandnessjøen. Helgelandssykehuset har også lang venteliste innen ØNH. Pr. 31.12.2024 var det 1102 pasienter på venteliste med en gjennomsnittlig ventetid på 120 dager.

### **Utviklingstrender**

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

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

#### *3.1.3 Akuttmottak, anesthesiologi og intensivmedisin*

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

### **Akuttmottak**

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

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

Helgeland overgrepsmottak:

Akuttmottaket i Mo i Rana drifter Helgeland overgrepsmottak. Dette er en døgnbasert helgelandsfunksjon,

som gynekologisk avdeling i Mo i Rana har ansvaret for. Det tilbys undersøkelse og veiledning etter seksuelle overgrep.

Arbeidet i akuttmottak:

Akuttmottakene mottar øyeblikkelig hjelp-pasienter av alle kategorier. På dagtid mottar også poliklinikkene øyeblikkelig hjelp. Fødende møter direkte i fødeavdelingen. Det er organisert egne team som kalles inn ved mottak av hjertestans, traumer og kritisk syke barn. De har en egen "akuttstue", der teamene skaffer seg en oversikt over tilstanden og iverksetter de første stabiliserende tiltakene. Alle pasienter innlegges i en "moderavdeling", og det er vakthavende lege i denne avdelingen som har medisinskfaglig ansvar for behandlingen. Ved behov for stabilisering av vitale kroppsfunksjoner har anestesipersonellet en viktig rolle. Innleggelse av elektive pasienter kan i framtiden i større grad møte direkte i sengeavdeling for å avlaste akuttmottakene. Legeundersøkelsen vil da finne sted der.

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

Aktivitet i akuttmottakene 2023:

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

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

### **Anestesiologi og intensivmedisin**

Leger og sykepleiere:

Faget anestesiologi bygger på fire fagområder:

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

I Helgelandssykehuset arbeider anestesilegene i dag ved akuttisykehusene Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen, der hovedarbeidsstedene er operasjonsavdelingene og intensivavdelingene. Anestesilegene har også en viktig rolle ved mottak av dårlige pasienter i akuttmottak. I tillegg bemanner anestesileger ambulanshelikopteret i Brønnøysund.

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

Intensivmedisin:

Intensivvirksomhet er definert som den systematiske organisering av diagnose, behandling, pleie og omsorg av pasienter med akutte livstruende sykdommer kjennetegnet av potensielt reversibel svikt i vitale organsystemer som skjer i intensivenehetene på landets sykehus. Formålet med intensivvirksomheten er å sikre restituering av organfunksjonene på en slik måte at livet videre blir leveverdig sett fra pasientens



synsvinkel (Retningslinjer for intensivvirksomhet. Norsk anestesilogisk forening og Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere 2014).

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

Intensivavdeling:

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

**Kategori 0:** Seng på post

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

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

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

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

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

Dagens intensivkapasitet ved normal drift er:

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

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

	2022	2023
Mo i Rana		
- Antall opphold	206	187
- Snitt liggedøgn	8.8	10,4
Sandnessjøen		
- Antall opphold	165	150

- Snitt liggedøgn	9,9	7,5
Mosjøen		
- Antall opphold	78	90
- Snitt liggedøgn	7,8	8,3

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

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

Det er en betydelig forskjell mellom intensivavdelingene med hensyn til respiratortimer. Tall 2023 fra DIPS arena sin rapport A-1130:

Antall respiratortimer	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen
Invasiv (intubert)	1456	833	183
Noninvasiv (maske)	1202	543	163

### 3.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

#### Innledning

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

15.12.2021 ble det utarbeidet mandat med oppdrag om å utrede muligheten for etablering av akuttenhet.

30. Juni 2022 leverte prosjektgruppen sin [rapport](#). Prosjektgruppen kommer ikke med noen klar anbefaling, men redegjør godt for hva som må til og hvilke risikoer som foreligger for en etablering.

Rapporten har vært til høring i klinikk psykisk helsevern og rus. Det ble levert inn elleve høringssvar. Svarene er fra fagforeninger, enkeltpersoner og grupper av ansatte. Noen av høringssvarene er negative til en etablering og er hovedsakelig bekymret for rekruttering og økonomi.

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

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

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

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

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

### **Rekruttering psykisk helse og rus klinikken (PHR)**

Rekruttering til PHR klinikken er relativt bra. Foruten barne- og ungdomspsykiatere har klinikken økt spesialistdekningen betydelig de siste to og et halvt årene. Mye av årsaken er at vi har åpnet for å utøve deler av stillingen fra hjemmekontor. Allikevel er det viktig å ha et bevisst forhold til at andelen spesialister om arbeider på denne måten ikke blir for stor.

Rekruttering av LIS 3 i PHR klinikken må bedres. Det gjelder alle lokasjoner, og spesielt Mo i Rana der denne gruppen deltar i vaktarbeid.

Ved vedtak om etablering av akuttpsykiatrisk akutenhet må det satses tungt på rekruttering av alle yrkesgrupper som naturlig inngår i arbeidsstokken i en slik enhet. Fra vedtak til lokaler er ferdigstilt vil det fort gå et par år for den er klart til åpning. Denne perioden må brukes god for å planlegge og rekruttere relevant personell.

### **Faglig strategisk utviklingsplan FSU og framskrivning**

Utviklingsplanen beskriver dagens tilbud i 2021. Tilbudet i klinikken er i 2024 det samme. For voksne er det døgntilbud i Mosjøen og Mo i Rana. Mo i Rana tar imot pasienter akutt deler av døgnet og uken, mens Mosjøen er et elektivt tilbud. Ingen av sykehusets lokasjoner kan ta imot pasienter på tvangsparagraf. I tillegg er det poliklinikker innenfor fagområdene psykisk helsevern og TSB på våre fire lokasjoner. Tilbudet til barn og unge består av en elektiv døgnenhet i Mosjøen samt poliklinikker på alle våre lokasjoner. Planen opererer med framskrivning for perioden 2018-2035. I 2022 kom det en ny framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB.

Denne tok opp i seg blant annet følger av koronapandemien. Modellen viser til at flere studier om barn og unges psykiske helse, som følge av pandemiltakene, har funnet økte symptomer på psykisk lidelse og redusert livskvalitet. Spesielt gjelder det økte symptomer på depresjon. Selv om pandemien er over, ser man fortsatt et statistisk utslag, muligens som følge av en usikker økonomisk utvikling og krig i Europa. For Helgeland sin del viser framskrivningsmodellen for poliklinikk at det blir en liten nedgang i behov i psykisk helsevern for barn- og unge, en oppgang på åtte prosent for psykisk helsevern for voksne og en oppgang på 34 prosent for TSB, frem til 2040. Når vi i tillegg vet at befolkningen i Nord-Norge har et poliklinisk TSB-tilbud som er 38 prosent lavere enn landet for øvrig, blir det reelle behovet for TSB poliklinikk frem til 2040 betydelig.

### **3.3 Diagnostiske tjenester**

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

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

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

### **Laboratoriemedisin og Blodbank**

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

Dagens virksomhet:

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

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

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

### **Bilediagnostikk**

Dagens virksomhet:

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

målrettet biopsi. Radiologisk avdeling samarbeider med andre avdelinger for å sikre effektive og helhetlige pasientforløp.

Framskrivningstall tyder på økende behov, særlig for CT og MR. Det kan dog være et overforbruk av disse tjenestene. Ultralyd har en flat utvikling, mens generell røntgen øker lite eller minimalt. Bildediagnostikk skal støtte opp under funksjoner og aktiviteter ved lokalisasjonene, og gi et samlet tilbud med god kvalitet til innbyggerne på hele Helgeland. Det er et veletablert og godt samarbeid innad i Helgelandssykehuset, samt med Nordlandssykehuset, bl.a. vaksamarbeid, og med primærhelsetjenesten.

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

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

## 4. Helhetsvurdering og løsningsforslag

### 4.1 Somatikk

I fordelingen av funksjons- og oppgavefordeling mellom tjenestestedene må flere hensyn veies opp mot hverandre. Vi må være trygge på at vi har tilstrekkelig kompetent bemanning for å sikre god pasientbehandling uten å måtte leie inn helsepersonell i stor skala. Siden Helgelandssykehuset også er en utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering (LIS), må vi også sikre at sykehusene har nok aktivitet og veiledningskapasitet til at disse legene får oppfylt sine læringsmål. Samtidig er det en rammebetingelse at eksisterende arealer må utnyttes best mulig og at behovet for investering i bygg og utstyr skal minimeres. Helgelandssykehuset har for mange parallelle døgnbaserte vaktlag. Disse skal nå reduseres fra tre til to tjenestesteder. Dette vil medføre en omdisponering av verdifull arbeidskraft til mer effektiv pasientbehandling på dagtid. Helgelandssykehuset ønsker ikke å miste en eneste fagperson. Innretningen av funksjons- og oppgavefordelingen må derfor sørge for å utnytte rekrutteringspotensialet på hele Helgeland, ikke bare i områdene rundt de to akuttsykehusene. Rekrutteringspotensialet i områdene rundt Mosjøen og Brønnøysund må også utnyttes. Samtidig vet vi at pendlerviljen er lav. Derfor må tjenestetilbud og dermed arbeidsplasser også fordeles dit.

### **Faglige relasjoner og avhengigheter – vurderinger i Faglig strategisk utviklingsplan FSU**

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

Noen faglige vurderinger i FSU er likevel relevant å referere.

#### Kirurgi:

På grunn av behovet for å opprettholde kompetanse og grunnlag for vaktgående tjenester i begge akuttstuskehusene, ble aktivitet innen generell kirurgi ikke anbefalt forskjøvet til ett av sykehusene. Den positive erfaringen med skjermet elektivlinje i ortopedi ble anbefalt videreført.

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

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

Øye ble anbefalt videreført som dagbasert tjeneste ett sted.

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

Det ble identifisert fordeler med samling av forskjellige fag. Det ble vist til mulig gevinstpotensial i samlokalisering av urologi og gynekologi. Det ble også identifisert gevinstpotensial med samlokalisering av øye, ØNH, hud, nevrologi, ortopedi og plastikk-kirurgi.

#### Indremedisin:

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

I arbeidet med FSU var det enighet om at man i Mosjøen bør ha et tilbud innen fagområder tillagt indremedisinsk arbeidsgruppe med polikliniske funksjoner innen diverse fagområder som generell indremedisin, nevrologi, pediatri, hud, dialyse/kjemoterapi/infusjonsbehandling, laboratoriefunksjoner (hematologi og klinisk kjemi) med tappestasjon og røntgentjenester. Det ble presisert viktighet av CT i forhold til hjerneslagproblematikk. Deler av poliklinisk virksomhet ble beskrevet å kunne være sykepleierdrevet, f.eks. innen fagområdene hudsykdommer, hjertesvikt og diabetes. Det måtte legges til rette for støtte av relevant spesialist.

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

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

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

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

## Nye rammebetingelser

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

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

### 4.1.1 Vurdering funksjons- og oppgavefordeling i kirurgiske fagområder

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

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

I NKF's rapport beskrives krav til generell vaktkompetanse:

- Beherske diagnostikk og behandling, inkludert operativ behandling, av de hyppigst forekommende akuttkirurgiske tilstandene
- Kunne håndtere komplikasjoner til kirurgiske inngrep
- Fungere som bakvakt for LIS i et akuttmottak
- Kunne drifte kirurgiske legerressurser i akuttmottak
- Beherske rollen som traumeteamleder og videre håndtering av traumepasienter.
- Ha ansvar for triage, ressursutnyttelse, pasientflyt i akuttmottaket og videre prioritering av pasienter i en masseskadesituasjon

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

NKF beskriver videre behovet for et «elektivt basisrepertoar»:

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

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

## **Vurdering og anbefaling**

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

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

Antall dag- og døgnoperasjoner innen generell kirurgi (her inkludert gastroenterologisk kirurgi) var ganske lik i Mo i Rana og i Sandnessjøen i 2023 når man holder innleggelse av pacemaker og colon/gastroscopi utført på operasjonsstuene utenom. Kirurgi ved tarmkreft og inflammatoriske tarmsykdommer er imidlertid funksjonsfordelt til Mo i Rana. Gastroenterologisk kirurgi anses som selve grunnlaget for å opparbeide akuttkirurgisk kompetanse og treningsnivå, særlig innen traumatologi. De kirurgiske fagmiljøene har tidligere synliggjort dette dilemmaet, men det har vært krevende å enes om hvordan dette kan kompenseres i Sandnessjøen. Enkeltkirurger kan tilegne seg kompetanse ved å delta i bukoperasjoner i Mo i Rana eller andre steder, men traumatologi er teamarbeid. Teamtrening i traumatologi er nærmere beskrevet i kap. 4.1.1.1.

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

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

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

### **Generell kirurgi.**

Det er en stor bredde i den generellkirurgiske virksomheten i Mosjøen (516 operasjoner i 2023, hvorav 431 dagkirurgisk). Døgnkirurgi foreslås overført til Sandnessjøen. Fordelingen av den dagkirurgiske virksomheten mellom Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana skal skje i henhold til faglige kriterier, kapasitet og LIS-legenes behov for å få oppfylt sine læringsmål. Galle- og brokkoperasjoner er viktige læringsmål for LIS i generell kirurgi (KIR 024). LIS er ansatt og har sitt virke i akuttisykehusene og bør primært kunne oppfylle læringsmålene der. Det foreslås en skadepoliklinikk i Mosjøen på dagtid. Det forutsettes en felles ledelse og koordinering av den kirurgiske virksomheten ved både Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen. Med felles ledelse menes konkret én avdelingsleder (lege) for alle de tre kirurgiske ledeenhetene. Dette er et steg på veien mot å fullføre KGO.

### **Urologi.**

Akuttfunksjonene skal flyttes fra Mosjøen. Akutt urologi er tilstander som skal beherskes av generellkirurger i henhold til læringsmålene (KIR 026). Det er basert på vurderingen over naturlig at denne funksjonen legges



til Sandnessjøen, sammen med den urologien som krever innleggelse og døgnopphold. I 2023 var det 236 døgnoperasjoner. Også den dagkirurgiske urologien bør overføres til Sandnessjøen, slik at all urologisk kirurgi samles der. Tidspunktet for dette bør baseres på en risikovurdering av fagmiljøets oppbygging i Sandnessjøen. Så lenge dag- og døgnekirurgi er delt, må noe operasjonsutstyr dubleres. I høringsuttalelsene kom det mange advarsler mot denne løsningen. Det vises til vedlegg 3, der løsningen er nærmere begrunnet.

#### Plastikk-kirurgi.

Det er en spesialisert plastikk-kirurgisk virksomhet i Mosjøen, basert på dagkirurgi (342 operasjoner i 2023). Riktignok er det registrert 37 døgnoperasjoner i tillegg, men det er gitt tilbakemelding om at disse pasientene kan overnatte på hotell og komme til poliklinisk kontroll dagen etter. Det foreslås at denne virksomheten videreføres i Mosjøen.

#### Ortopedi.

Utvidelsen av protesekirurgien i Mo i Rana har medført behov for å flytte ortopedisk dagkirurgi ut av operasjonsavdelingen der. Ortopedene opererte 167 pasienter dagkirurgisk i Mosjøen i 2023 og vil utvide denne virksomheten. Siden Helgelandssykehuset har venteliste i ortopedi, er det viktig å legge til rette for en slik aktivitetsøkning. Det er beskrevet tiltak som kan gi 600 ortopediske operasjoner pr. år basert på et elektivt dagkirurgisk forløp. Ytterligere avlastning av ortopedisk dagkirurgi i Mo i Rana ved å overføre virksomhet til Mosjøen vil frigjøre operasjonsstuekapasitet og legge til rette for økning av ortopedisk døgnekirurgi i Mo i Rana. Det anbefales å samle ortopedisk kirurgi på denne måten i Mo i Rana og Mosjøen og ikke overføre ortopedisk kirurgi til Sandnessjøen.

#### Poliklinikk i kirurgiske fag:

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

#### Ortopedi og generell kirurgi:

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

#### Urologi:

I tillegg til nåværende dag- og døgnoperative virksomhet, er det også en betydelig poliklinisk virksomhet innen urologi i Mosjøen. I 2023 var det 4439 konsultasjoner i Mosjøen (herav 1062 hos uroterapeut), 43 i Sandnessjøen og 381 i Mo i Rana (uroterapeut). Det er foreslått at urologiske akutt- og døgnoperasjoner legges til Sandnessjøen. I tillegg foreslås at dagkirurgisk urologi overføres til Sandnessjøen når fagmiljøet der er bygget opp. Urologifaget samles da i Sandnessjøen. Hvorvidt det er hensiktsmessig å ha urologisk poliklinikk i tillegg i Mosjøen, må vurderes ut fra tilgjengelig fagpersonell og deres kapasitet. I utgangspunktet bør også legepoliklinikk legges til Sandnessjøen, siden det urologiske miljøet er lite og derfor bør samles. Dette er også i henhold til anbefaling i FSU. Uroterapeut kan fortsatt ha poliklinikk i Mosjøen.

#### Øye:

Det foreslås at virksomheten i øyefaget videreføres i Mosjøen.

Hud:

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

### **Forslag til funksjons- og oppgavefordeling i kirurgiske fag – langsiktig mål bilde**

Mo i Rana

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

Sandnessjøen

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

Mosjøen

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

Brønnøysund

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

#### *4.1.1.1 Pasientforløp traumer*

Nasjonal traumeplan (traumeplan.no) ble implementert i Helse Nord i 2017. Planen ble sist oppdatert i mars 2024. Planen omtaler hele verdikjeden fra skadested til endelig behandlingssted og rehabilitering. Det angis kvalitetsindikatorer. Om akuttpsykehus med traumefunksjon heter det: «*Et akuttpsykehus med traumefunksjon skal ha kapasitet til å ta seg av majoriteten av skadde pasienter. Et akuttpsykehus med traumefunksjon skal også kunne gi riktig initial behandling til de hardest skadde pasientene, og de skal ha overflyttingsrutiner for de pasientene som overstiger sykehusets kompetanse og ressurser eller oppfyller kriteriene for å bli*

*overflyttet til traumesenter (se kapittel Traumesenter). Målet er at pasienten skal få den samme behandlingen uavhengig av hvilket sykehus med definert traumefunksjon han/hun innlegges primært på, og uavhengig av hvilket tidspunkt på døgnet. Dette forutsetter at akutt sykehus med traumefunksjon oppfyller et minstekrav til beredskap, kompetanse, erfaring, trening, infrastruktur og organisering. Dette forutsetter dedikasjon fra ledelsen i helseforetaket».*

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

### **Destinasjonskriterier**

Sterke anbefalinger i traumeplanen:

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

### **Transport til høyere omsorgsnivå**

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

### **Pasientløype på Helgeland**

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

### **Teamtrening i traumatologi**

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

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

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

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

#### *4.1.2 Vurdering funksjons- og oppgavefordeling i medisinske fagområder*

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

Akutt- og døgnfunksjoner innen indremedisin:

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

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

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

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

I denne modellen vil akuttstasjonen i Mo i Rana få et langt større ansvar innen indremedisin enn akuttstasjonen i Sandnessjøen. Dette er en utfordring og fordrer at én felles ledelse sørger for en koordinering og fordeling av faglige aktiviteter som sikrer like god faglig utvikling begge steder. Med felles ledelse menes konkret én legeleder for alle de tre medisinske legeenhetene. Dette er under vurdering i medisinsk klinikk. Det er en forutsetning at kvaliteten på pasientbehandlingen, utdanning av helsepersonell, læringsmål for LIS, forskning og utvikling ivaretas like godt begge steder.

Det var mange kommentarer til denne løsningen i høringsrunden. Det vises til vedlegg 3.

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

Dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling:

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

Diagnostiske tjenester:

Laboratorietilbud og radiologi beholdes uendret ved lokalisasjonene Mo i Rana og Sandnessjøen. Det foreslås etablering av tappestasjon for blodgivere ved DMS Sør-Helgeland og opprettholdelse av tappetilbud og produksjonstilbud ved blodbanken i Mosjøen på dagtid, tilpasset endret behov. Laboratoriefunksjoner i Mosjøen opprettholdes på dagtid, tilpasset endret behov. Trombocytproduksjon vurderes. Mosjøen vil vurderes som lokalisasjon, på lik linje med alle blodbankene i Helgelandssykehuset.

Radiologisk tilbud videreføres i Mosjøen på dagtid.

Det etableres døgnbasert slagalarm i Mosjøen etter mønster fra prosedyren i Brønnøysund. Dette krever nyanskaffelse av CT-maskin, slik at den kan fjernstyres av radiograf i Sandnessjøen.

#### Nevrologi:

Det vurderes at det ikke finnes gode grunner til å flytte denne poliklinikkfunksjonen fra Mosjøen.

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

#### Pasientforløp hjerneslag:

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

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

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

Et effektivt pasientforløp ved hjerneslag innebærer at befolkningen kan gjenkjenne symptomene (prate-smile-løfte) og ringer medisinsk nødtelefon 113 umiddelbart. Ambulansetjenesten og kommunal helsetjeneste følger den omforente prosedyren for hjerneslag som er beskrevet i prosjektet «Trygg akuttmedisin» (beskrevet i kap. 4.3 om prehospitale tjenester). Ambulansetjenesten på Helgeland har innført en prosedyre («e-stroke») som innebærer at ambulanspersonell og vakthavende lege på sykehuset gjennom digital kommunikasjon gjennomgår symptomer og tegn systematisk, slik at man kan planlegge de videre tiltakene. Dersom symptomene gir mistanke om storåreokklusjon, blir nevrolog ved trombektomisenter konsultert for vurdering av eventuell direkte transport dit. Raskest mulig CT-undersøkelse er vesentlig. Siden transporttid til sykehus er lang for deler av befolkningen på Helgeland, ble det i september 2024 etablert prehospital «slagalarm» ved DMS Sør-Helgeland. I samarbeid med kommunalt legevaktpersonell og digital deltagelse av vakthavende lege og radiograf ved sykehuset i Sandnessjøen gjennomfører ambulanspersonell CT-undersøkelsen og gir trombolyse når dette er indisert.

Organisering av pasientforløpet ved hjerneslag i Helgelandssykehuset innebærer altså en tidligst mulig CT-undersøkelse. Når akuttfunksjonene skal sentraliseres til sykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen, kreves det en beslutning om hvordan pasientforløpet skal organiseres for pasientene som i dag får dette tilbudet ved sykehuset i Mosjøen. Saken ble grundig vurdert av den prosjektgruppen (OU Prehospital) som i 2023

utredet akuttmedisinsk beredskap i kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Det ble vurdert at bortfall av døgnkontinuerlig CT-tilbud i Mosjøen innebærer en høy risiko for den berørte befolkningen. Med bakgrunn i erfaringene med prehospital CT og slagbehandling i Brønnøysund, ønsker Helgelandssykehuset å etablere et tilsvarende tilbud i Mosjøen. Det er et forskriftskrav at CT betjenes av radiograf. Dette ivaretas av radiograf i Mosjøen på dagtid, men i vakttid må apparatet fjernstyres. Dette er en trygg og anerkjent prosedyre, men krever anskaffelse av en ny CT. Uavhengig av opptaksområder for øvrig, vurderes det at det beste tilbudet til hjerneslagpasienter i kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal vil være en akuttløype via CT i Mosjøen og innleggelse i slagenheten i Sandnessjøen. Begrunnelsen for dette er at det for denne tidskritiske tilstanden gir kortest reisetid til sykehus, og at Sandnessjøen har helgelandsfunksjon for spesialisert tverrfaglig rehabilitering i den subakutte fasen. I tillegg har medisinsk avdeling i Sandnessjøen etablert rutiner for fjernstyring av CT og digital kommunikasjon mellom vakthavende lege, radiograf og ambulansespersonellet som gir trombolysen. Legen som inngår i en slik prosedyre, må også være den legen som mottar pasienten i sykehuset for videre oppfølging. På sykehuset behandles pasienten videre i en egen slagenhet etter retningslinjer gitt av Helsedirektoratet. Behandlingen innebærer tidligst mulig rehabilitering. I slagenheten skal det gjøres en tverrfaglig vurdering med tanke på det videre forløpet. Pasienter som ikke har behov for fortsatt spesialisert rehabilitering i sykehus, skrives ut og følges opp av den kommunale helsetjenesten. Rehabiliteringen fortsetter i institusjon eller i hjemmet. Det vises til nærmere beskrivelse av rehabiliteringstilbudet på Helgeland under.

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

Noen høringsinstanser var skeptisk til fjernstyring av CT og argumenterte for radiograf i vakt. Se vedlegg 3.

#### Rehabilitering:

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

Helsedirektoratet har utgitt en nasjonal faglig veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Veilederen avklarer blant annet ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonen la i februar 2024 fram en rapport 3:12 (2023-2024) om rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene. Hovedkonklusjonen var at mange pasienter ikke får de rehabiliteringstjenestene de har behov for i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og at samhandlingen mellom nivåene er for dårlig..

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

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

Spesialisert rehabilitering i Helgelandssykehuset.

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

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

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

Utfordringer:

Begrenset tilgang på relevant helsepersonell medfører at det ikke er kapasitet til å utnytte alle de fem sengeplassene. I tillegg stenger sengeposten under sommerferieavviklingen og i julen. Ventetid for slagpasienter medfører forlenget opphold i de medisinske sengepostene. Pasientene har et stort behov for oppfølging og pleie gjennom døgnet, så pleiefaktoren er høy. Det er god kompetanse, men miljøet er lite og sårbart. Det er også begrenset tilgang til mange av de øvrige deltagerne i det tverrfaglige teamet. Sengeposten ligger ved siden av medisinsk sengepost, og det er begrenset med arealer for treningsaktiviteter. En travel korridor benyttes til gåtrening.

Vurdering:

Det er behov for å styrke rehabiliteringstilbudet i Helgelandssykehuset. Et mål for rehabiliteringsenheten er en bemanning som sikrer god utnyttelse av sengene, helårsdrift uten feriestengning og at slagpasienter med behov for opphold i enheten ikke har ventetid. Det vurderes også å være behov å utvide sengekapasiteten, slik arbeidsgruppe 3 foreslo. Antallet senger vil avhenge av hvordan et nærmere samarbeid med kommunene, eventuelt kombinert med en økt innsats fra fysikalsk medisinsk enhet med enhetens ambuleringende rehabiliteringsteam, til sammen dekker behovet.

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

I sitt hørings svar til Helse Nord RHF i saken om bærekraft i Helse Nord skriver Vefsn kommune: «*Etablering av et rehabiliteringstilbud i regi av kommunene (IKS) med etablert samhandling med spesialisthelsetjenesten vil bidra til at vi kan gi et godt tilbud til befolkningen på Helgeland. Vi vil her fremme forslag om pilot med*



*felles organisering/samordning av spesialist- og kommunehelsetjeneste på Helgeland, for levering av spesialiserte, tverrfaglige og intensive rehabiliteringstjeneste til innbyggerne på Helgeland. Et samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten vil kunne bidra til at begge nivå klarer å levere forsvarlige tjenester til en aldrende befolkning»*

Løsningsforslag.

Løsningsforslaget tar sikte på å primært styrke bemanningen, slik at posten sikres kontinuerlig drift i de fem sengene. Tilbakemeldinger fra medisinsk klinikk tilsier imidlertid at antall senger og bemanningsutfordringene hører sammen. Det er større muligheter for nødvendig rekruttering ved samtidig økning av antall senger. Det vurderes derfor at sengetallet bør økes, og at bemanningsutfordringene håndteres parallelt med dette. Ved rekruttering er det viktig å utnytte det potensialet som oppstår når medisinsk sengepost flyttes fra Mosjøen. Ved sykehuset i Mosjøen er det i dag en rekke høyt kvalifiserte medarbeidere med relevant kompetanse for FMR. Klinikken bør gi tilbud til disse i kommende omstillingsprosess.

Lokalisasjonen i Sandnessjøen får frigjort 797 m<sup>2</sup> tidlig i 2026 som følge av at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten flytter ut. Dette kan være en god anledning til relokalisering av diverse funksjoner i sykehuset. Dermed gis det også nye muligheter for å sikre rehabiliteringsposten bedre plass.

Samarbeid med kommunene på rehabiliteringsområdet:

Det vises til forslaget fra Vefsn kommune over. Ved nedtrekk av akuttfunksjoner og døgnenger i Mosjøen åpner det seg en mulighet for sammen med kommuner å utvikle et døgnbasert tverrfaglig rehabiliteringstilbud i sykehusbygget. I tillegg til et eksisterende kompetent fagmiljø knyttet til dagens slagenhet og KSF, vil det i tiden framover også være andre støttende fagmiljøer til stede i Mosjøen, som nevrologer, øyeleger og nevropsykologer. Et slikt rehabiliteringstilbud vil kunne være relevant for pasienter både under spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenestens ansvarsområder. Disse pasientene har ikke lenger behov for innleggelse i sykehus, men trenger fortsatt tverrfaglig rehabilitering i institusjon. Et slikt tiltak antas å kunne avlaste både sengeposten i FMR i Sandnessjøen, for de pasientene som ikke lenger trenger innleggelse i sykehus, og kommunene og samtidig gi pasientene et mer treffsikkert rehabiliteringstilbud. Samhandlingen mellom forvaltningsnivåene vil bli styrket og kontinuiteten i pasientforløpet forbedret. Et skifte fra kjøp av private rehabiliteringsinstitusjoner til et tilsvarende tilbud på Helgeland øker tilgjengeligheten og nærheten til hjemmemiljøet.

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

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

- Hvilke kommuner inngår i samarbeidet

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

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

Også rehabiliteringsfunksjon ble kommentert i flere høringsinnspill. Se vedlegg 3.

### **Forslag til funksjons- og oppgavefordeling i medisinske fag – langsiktig mål bilde**

#### Mo i Rana

- Generell indremedisin inkludert geriatri: Akutt- og døgnfunksjon og poliklinikk med dagens opptaksområde pluss Vefsn kommune. Hjerneslagpasienter fra Vefsn går til Sandnessjøen
- Ortogeriatrici: døgnfunksjon
- Revmatologi: poliklinikk
- Dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling: dagbehandling
- Laboratoriemedisin og radiologi

#### Sandnessjøen

- Generell indremedisin inkludert geriatri: Akutt- og døgnfunksjon og poliklinikk med dagens opptaksområde pluss kommunene Grane og Hattfjelldal. Hjerneslagpasienter fra Vefsn går også til Sandnessjøen
- Fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR): Sengepost og poliklinikk
- Pediatri: poliklinikk (poliklinikk/tilsyn av barn ved alle tjenestestedene)
- Dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling: dagbehandling
- Laboratoriemedisin og radiologi

#### Mosjøen

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

#### DMS Sør-Helgeland

- Medisinsk poliklinikk
- Nevrologisk poliklinikk
- Dialyse, kjemoterapi og infusjonsbehandling: dagbehandling
- Radiologi
- Slagalarm: døgnbasert slagalarm med CT-undersøkelse og trombololysebehandling

## 4.2 Observasjonspost ved DMS Sør-Helgeland

I prosjekt DMS Sør-Helgeland ble det beskrevet en intermedieravdeling med åtte spesialisthelsetjenestesenger og to KAD-senger (kommunal-akutt-døgnopphold). Denne avdelingen er ikke realisert. Brønnøy og Sømna kommuner formidler i møter med Helgelandssykehuset at deres nåværende organisering av KAD-senger lider under Helgelandssykehusets manglende oppfyllelse av tiltaket. Intermedieravdelinger har vært tema i alle møtene som er gjennomført med helgelandskommunene og fastlegene under saksbehandlingen. Det framstår som uklart hvilke behov en slik avdeling skal dekke. Det er også uklart hvem som skal finansiere, bemanne og ha det medisinskfaglige ansvaret.

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

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

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

Det vises til Nasjonal helse- og samhandlingsplan og Helse Nords endrings- og omstillingsprosess, der det er føringer om tettere samhandling mellom helseforetak og kommuner. Et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helgelandssykehuset ønsker å utrede saken sammen med berørte kommuner. Der vi utreder *En dør inn – en felles helsetjeneste*. Målet er at både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan samhandle om å dekke behovene til befolkningen på Sør-Helgeland. Det vises til rapporten *Tid for samordning* fra arbeidsgruppe 5 i Helse Nords endrings- og omstillingsarbeid. En observasjonspost som foreslått her kan hente mange elementer fra arbeidet som er gjort i regionen.

Det var mange innspill i høringsrunden rundt temaet hvordan unngå unødvendige innleggelser. Det var stor støtte for etablering av en observasjonspost ved DMS Brønnøysund. Se vedlegg 3.

## 4.3 Prehospitale tjenester

En endring i sykehusstrukturen på Helgeland vil kreve en styrking i beredskap for ambulansetjenesten i kommunene Hattfjelldal, Grane og Vefsn. Dagens beredskap ivaretas av to døgnambulanser i Mosjøen, en

døgnambulanse i Trofors (Grane) og en døgnambulanse i Hattfjelldal. Det ble i en tidlig fase av prosessen erkjent at et nedtak av akuttfunksjoner i Mosjøen vil kreve en økning av kapasiteten i ambulansetjenesten for å ivareta en økt ambulansetransport til og fra akutt sykehusene i Mo i Rana eller Sandnessjøen. Prehospital klinikk har vurdert det slik at det er et behov for ytterligere en døgnambulanse og en i dagambulanse, altså totalt tre døgnambulanser og en dagambulanse i Mosjøen. I Hattfjelldal ønsker man å gå fra hjemmevaktordning til vakt på vaktrom for ambulansetjenesten i kommunen, som vil gi en ytterligere styrking av beredskapen for befolkningen i området. Dette ligger inne i strategien til Prehospital klinikk, og gjennomføres samtidig som oppbemanningen av ambulansetjenesten i Mosjøen.

OU prehospital ble opprettet etter styresak 9-2023. Dette var et samarbeidsprosjekt mellom de tre involverte kommunene og Helgelandssykehuset, som hadde til hensikt å sikre akuttmedisinsk beredskap i de tre kommunene etter nedtak av akuttfunksjoner i Mosjøen. Gruppen var sammensatt av personer fra kommunene som de selv hadde plukket ut, samt personell fra Mosjøen sykehus og prehospital klinikk. Vernetjeneste, tillitsvalgte og brukerrepresentant har også bidratt i prosjektet. Flere temaer har vært oppe til vurdering i denne prosessen. CT beredskap i Mosjøen for slagpasienter, samarbeid om legebil i Vefsn kommune, styrking av kommunale tjenester, følgetjeneste for gravide er blant noen av temaene som har vært oppe til vurdering. Når det gjelder diskusjonen rundt slagalarm i Mosjøen vises det til kapittel 4.1.2 om egen pasientløype for hjerneslag, der dette beskrives nærmere. Arbeidet med OU prehospital gjenopptas nå, og alle tidligere involverte parter inviteres til å delta i det videre prosjektet. Kommunene er enige i dette, og alle involverte parter er invitert for videre deltagelse og gjennomføring.

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

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

#### **4.4 Barns beste**

Statsforvalteren i Nordland uttrykker i sin høringsuttalelse at Helgelandssykehuset i løsningsforslaget bør ha en bredere drøfting av tjenester til barn og unge av hensyn til barns beste. Det vises til flere tilsynssaker de senere årene som har omhandlet somatiske helsetjenester til barn, og Statsforvalteren mener det er spesielt viktig at Helgelandssykehuset gjør en grundig vurdering av hvordan barn skal sikres forsvarlige tjenester og at tjenestene har tilstrekkelig redundans til å kunne levere forsvarlige tjenester også ved samtidighetskonflikter og ved vær- og føreforhold som kan være til hinder for rask transport til høyere omsorgsnivå. Ungdomsrådet har tidlig i prosessen i en uttalelse til utvidet ledergruppe påpekt behovet for mer fokus og bedre tilrettelegging for barn og unge som pasienter. Ungdomsrådet har stilt seg spørsmålet: «kanskje barn skulle ha blitt tatt imot på ett sted?»

Universitetet Nord Norge har også påpekt betydningen av det barnemedisinske tilbudet i Helgelandssykehuset i forbindelse med mottak av 5. og 6. års medisinstudenter. Det pediatrike miljøet for

tiden for lite. Enten må pediatri avsluttes 4. år i deres studiemodell eller så må medisinerstudentene til Nordlandssykehuset Bodø i en periode mens de har opphold på Helgeland i den fremtidige modellen.

Vurdering:

Helgelandssykehuset er takknemlig for disse innspillene og vil følge dem opp. Foretaket har ikke egen barneavdeling, og syke barn mottas ved alle de tre akuttisykehusene. Barnelegene i Sandnessjøen ambulerer imidlertid til alle øvrige tjenestesteder. Det er etablert et samarbeid med barneavdelingen i Nordlandssykehuset. Det vurderes at kvaliteten i behandling av barn bør sikres bedre og ikke minst at tilbudet er stabilt og forutsigbart over tid. Man kan tenke seg å følge tre hovedstrategier: 1) styrke kunnskapen om behandling av barn hos alt personell som kan bli involvert i slik behandling, 2) styrke det barnemedisinske fagmiljøet i Sandnessjøen for å gjøre det i stand til å øke støtte og veiledning overfor øvrige lokalisasjoner og 3) etablere en barneavdeling i Helgelandssykehuset. I tillegg er det behov for bedre praktisk tilrettelegging for barn og unge som pasienter. Både ungdomsrådet og ildsjeler blant de ansatte har foreslått en maskot i Helgelandssykehuset for å skape en mer barnevennlig atmosfære ved ankomst. Administrerende direktør tok julen 2024 initiativ til å finansiere et slikt prosjekt.

Oppsummert, Helgelandssykehuset vil anmode Helse Nord RHF om formelt å bli tildelt oppgaven å styrke det barnemedisinske tilbudet, slik at tiltaket blir godt forankret og er sikret oppfølging.

## 4.5 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

### 4.5.1 Etablering av akuttenhet

#### Dimensjonering av tilbudet

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

#### Samling av all døgnvirksomhet

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

I høringsprosessen til bærekraftprosessen hos Helse Nord i vår, uttrykte flere kommuner bekymring for en evt. flytting av døgntilbudet for voksne fra Mosjøen til Mo i Rana. De viste til lengre reisevei for deler av befolkningen på Helgeland, og uttrykte redsel for at fagmiljøet skulle forsvinne i en flytteprosess. Helgelandssykehuset konkluderte også med å ikke anbefale en flytting av tilbudet i sin høringsuttalelse. Hovedsakelig ble det argumentert med økte personellkostnader i en flyttefase, byggekostnader, risiko for økte ventetider, fare for å miste ansatte i en flytteprosess og en geografisk skjevfordeling i behandlingstilbud.

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

En samling av sengepostene vil også medføre noen ikke ubetydelige utfordringer på kort sikt. Ved etablering av akuttenhet er det et relativt betydelig antall fagpersoner som må rekrutteres innen ulike faggrupper. Med en lokalisering av akuttenhet i Mo i Rana, vil en være avhengig av å reetablere døgnenheten for voksne i

Mosjøen i Mo i Rana. Hvis en forutsetter at få av dagens ansatte i Mosjøen følger med til Mo i Rana, vil resultatet av dette være en rekrutteringsutfordring der vi må rekruttere nesten like mange fagpersoner til denne enheten som til akuttenheten.

Vurderingen som er gjort er at det er tilstrekkelige støttefunksjoner i de to etablerte døgnetenhetene i Mo i Rana for å støtte en akuttenhet, og at det dermed ikke er en forutsetning å samle all døgnavvirksomhet. I tillegg vil risikoen knyttet til rekruttering bli for stor ved en flytting. Det foreslås derfor at vi ikke samler all døgnavvirksomhet på ett sted, selv om det på lang sikt hadde vært en fordel.

### **Bygg**

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

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

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

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

### **Økonomi**

Det vises til vedlegg 5.

### **Tilgjengelige støttefunksjoner**

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

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

### **Anbefalt lokalisering**

Sandnessjøen beskrives som det stedet som medfører størst risiko. Årsaken er at det ikke fins andre sengeposter innen fagfeltet i tillegg til få overleger og LIS. Lokalisering i Mosjøen beskrives med noe mindre risiko. Der finnes to andre sengeposter, men antallet overleger og LIS er lavt. Mo i Rana har ifølge rapporten

andre sengeposter og flere overleger og LIS enn de to andre lokasjonene, og er alternativet med lavest risiko. Mo i Rana er også den lokasjonen med størst befolkning, noe som taler for at rekrutteringsutfordringene normalt sett vil være noe mindre. Totalt sett viser det at det er minst risiko knyttet til en etablering av akuttenhet i Mo i Rana.

Flere høringsinnspill har vist til at en akuttenhet bør plasseres i Mosjøen. Slik rekrutteringssituasjonen er for legespesialister i Mosjøen, og har vært det over tid, vil en etablering av en robust vaktordning ikke være mulig å få til uten betydelig innleie. Fagmiljøet i Mosjøen er godt, men skjørt mht legespesialister. Reisetid til akuttenhet er også noe som spiller inn ved lokalisering. Tar vi hensyn til reisetid alene, og ikke ser på antallet pasienter fra hver del av regionen som legges inn i Bodø, så vil Mosjøen peke seg ut som det beste alternativet. Ser en imidlertid på hvilken lokalisering som gir minst reisetid for den delen av befolkningen som bruker tilbudet mest, vil Mo i Rana utmerke seg.

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

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

I høringsutkastet var nærhet til somatiske støttefunksjoner beklageligvis ikke tatt med i vurderingen av lokalisering.

Rapporten som har utredet etablering av akuttenhet har sett på dette i sin ROS. Der fremheves blant annet følgende:

- Tilgang til laboratorietjenester 24/7 med tilstrekkelig nærhet til å gjennomføre ø- hjelpanalyser.
- Tilstrekkelig nærhet til CT, MR og ultralyd
- Anestesikompetanse til overvåkning og gjennomføring av ECT
- Tilstrekkelig nærhet til somatiske tjenester for somatisk tilsyn

Ut over dette vurderes også følgende å være sentralt:

- Tett integrasjon/samarbeid mellom somatikk og psykisk helsevern og TSB, vil gjøre det enklere å gi et helhetlig helsetilbud til pasienter.
- Pasienter innlagt i akuttenheter kan ha komplekse behov og det kan i større grad enn i elektive enheter oppstå akutte behov og uforutsigbare situasjoner.

Hvis en ser på disse faktorene med hensyn til lokalisering vil Mo i Rana utmerke seg som det foretrukne valget. En lokalisering i Mosjøen vil medføre mye transport av innlagte pasienter for å få gjort somatiske

undersøkelser som må gjennomføres i sykehus. I tillegg vil ECT behandling vanskeliggjøres. Somatisk tilsyn fra sykehusets leger vil også bli komplisert og veldig ressurskrevende.

## ROS-analyse

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

Disse er:

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

ROS analysen er lagt til grunn for anbefalingen.

## Tidsperspektiv

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

### 4.5.2 Unngå fristbrudd og redusere ventetid

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

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

## Anbefaling

En gradvis styrking av poliklinikkene foreslås. Klinikken styrkes med fire stillinger årlig i fire år fra 2025 i forbindelse med budsjettbehandling. Hvilke poliklinikker som skal styrkes og hvor mye de skal styrkes med begrunnes ut fra hvor stor pågangen er med henhold til henvisninger, opptaksområde og andre relevante faktorer. Primært vil økningen for stillinger til psykologspesialist/psykolog og psykiater/LIS3. Det er i arbeidet viktig å følge med utvikling i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) poliklinikk, slik at denne tjenesten styrkes når det er riktig. Som vist i avsnittet om framskrivning kan en forvente en stor vekst på dette feltet.



#### 4.4.3 Oppsummert forslag

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

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

Høringsinnspill knyttet til etablering av akuttenhet i Mo i Rana, se vedlegg. 3.

### 4.6 Ledelse i Helgelandssykehuset

Foretaksmøtet 3. juli 2024 la til grunn at Helgelandssykehusets ledelse har Sandnessjøen som hovedarbeidssted, i tråd med tidligere prosesser. Presisering av vurderingen er at administrerende direktør i Helgelandssykehuset skal ha sitt hovedkontor i Sandnessjøen. Helse Nord RHF skriver i foretaksprotokollen 30. august 2024 vedtak pkt. j.: «sørge for at ledelsen har regelmessig tilstedeværelse ved de fire lokalisasjonene».

Vurdering:

Det ligger til administrerende direktørs fullmakt og oppgave å sørge for en god sammensetning av ledergruppen i foretaket. Med god sammensetning menes også at god fordeling på tvers av lokalisasjoner er vurdert. Med Helgeland som arbeidsmarked, der det er mulig med mobilitet på tvers av lokalisasjonene, vil den best kvalifiserte kandidaten bli valgt. Samtidig er det viktig å sørge for et forsvarlig arbeidsmiljø for ledere på nivå 2 i organisasjonen. Ledere på nivå 2 bør som hovedregel ha hovedarbeidsplass der de bor. Det er en målsetting også i denne sammenheng å desentralisere der vi kan og sentralisere der vi må.

Med den historikken som er i Helgelandssykehuset skal vi ikke undervurdere at det samtidig er viktig for organisasjonen at det er en balanse i sammensetningen i sykehusledelsen som også reflekterer regionen Helgeland. Det er ikke et mål at alle eller et stort flertall i sykehusledelsen har hovedarbeidssted på én bestemt lokalisasjon.

Saken er drøftet med FTV møte 11.12.2024 og det foreligger protokoll.

Innspill fra tillitsvalgte:

- Tilstedeværelse av ledelse oppleves som større utfordring utad enn internt i foretaket.
- Presisere ledelsesbegrepet. Helgelandssykehuset har ledere på alle lokalisasjoner, men tydeliggjøre at ved snakk om tilstedeværelse av ledelse i denne sammenheng er det ledere på nivå 1 og 2.
- Klinikksjefene representerer fagmiljøet. Fornuftig at klinikksjefer og AD har fysiske treffpunkter.
- Ved rekruttering må kvalifikasjonsprinsipp stå øverst, uavhengig av lokalisasjon.
- Må tydeliggjøre formålet med tilstedeværelse av ledelse.

Med dette som begrunnelse og med bakgrunn i drøftinger med tillitsvalgte og dialog med vernetjeneste har administrerende direktør tatt en ny administrativ beslutning om hovedkontor og ledelse, der ovennevnte hensyn er ivaretatt.

## 5. Appendiks

### 5.1 Involvering i saksbehandlingen

I mandatet for saksbehandlingen, som styret i Helgelandssykehuset vedtok 11. september 2024, ligger føringer for prosessen for saksbehandlingen frem til styret i Helgelandssykehusets behandling opprinnelig i november 2024, nå endret til januar 2025. Vedtatt kommunikasjonsplan ligger også til grunn. Oppsummert

er planen fulgt med ett unntak. Møtene med kommunene inkluderte med noen avvik ikke kommunelegene. Vi har valgt å invitere legene i Vefsn, Grane og Hattfjelldal for en innspillsrunde som et supplement. Her følger en kort beskrivelse av prosessen slik den har vært fra oppdraget ble gitt i ekstraordinært styremøte 11. september til forslaget sendes til styret 17. januar 2025.

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

### **Administrerende direktør og utvidet ledergruppe**

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

Oppsummert:

- Foretakstillitsvalgte anmodet om en ekstra representant med begrunnelse i at de ønsket god representasjon fra Mosjøen i gruppen. Administrerende direktør støttet dette.
- Brukerutvalget anmodet om en ekstra representant med begrunnelse i at de ønsker å være to. Administrerende direktør støttet dette.
- Utvidet ledermøte ble tidlig enige om kommunikasjonsprinsipper slik at det skal oppleves trygt å mene og diskutere.
- Det er avholdt 16 ledermøter. Referatene er godkjent i påfølgende møter og lagt ut til offentligheten på nettsiden.

### **Koordineringsgruppe**

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

Koordineringsgruppen er ansvarlig for:

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

Oppsummert:

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

### **Interne ressurser**

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

Oppsummert somatikk:

Koordineringsgruppen har i flere omganger sendt spørsmål til de somatiske fagmiljøene gjennom klinikkjefene og direktør for drift og eiendom. Siden faglig strategisk utviklingsplan (FSU) lå til grunn i arbeidet i prosjekt Nye Helgelandssykehuset og derfor inneholder mye informasjon rundt faglige samarbeidsforhold og utviklingstrekk, var det nødvendig å revurdere dette i lys av et nytt strukturvedtak og øvrige endrede rammebetingelser. Denne runden var en validering. Miljøene er også bedt om å beskrive ulike konsekvenser (faglige, personellmessige og økonomiske) av definerte scenarier knyttet til

opptaksområder og funksjonsfordeling. Egne spørsmål ble stilt vedrørende dagkirurgisk virksomhet og fordeling av dagens funksjoner i Mosjøen. Siden strukturvedtaket innebærer flytting av akutfunksjoner fra Mosjøen mens andre funksjoner potensielt kan videreføres der, var det nødvendig å få beskrevet faglige avhengigheter mellom disse. Behovet for investeringer er synliggjort. Generelt har det vært et stort engasjement rundt disse oppgavene, og koordineringsgruppen har mottatt mye nyttig informasjon og synspunkter. Uenigheter er også godt synliggjort.

Oppsummert psykisk helsevern og TSB:

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

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

### **ROS-analyse forsvarlig drift**

Risikovurderingen ble gjennomført parallelt med en hørings- og innspillsrunde. Analysen ble gjennomført av fire grupper, der medlemmer delvis var oppnevnt av administrerende direktør og delvis av fagforeningene og vernetjenesten. ROS-analysen er presentert i vedlegg 4.

### **Kommuner og Helsefelleskap Helgeland**

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

Oppsummert:

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

### **Hørings- og innspillsrunde**

Det ble i perioden 4. november til 13. desember gjennomført en hørings- og innspillsrunde basert på forslaget om funksjons- og oppgavefordeling av 4. november. Dette løsningsforslaget var ikke styrebehandlet i Helgelandssykehuset, så høringsrunden har vært å anse som en del av den saksbehandlingen som skal ligge til grunn for styrebehandling 24. januar 2025. Samtlige kommuner, ungdomsrådet, brukerutvalget, fagorganisasjonene, vernetjenesten og egne medarbeidere for øvrig, ble invitert til å uttale seg. Det var også åpning for andre å komme med innspill.

Helgelandssykehuset mottok totalt 70 høringsuttalelser, hvorav 15 kom fra kommuner på Helgeland, 40 interne og 15 fra øvrige. Uttalelsene utgjør til sammen 363 sider. Samtlige høringsuttalelser er lagt ut på Helgelandssykehusets hjemmesider: <https://www.helgelandssykehuset.no/ending-og-omstilling-i-helgelandssykehuset/horing/>

## Befolkningen

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

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

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

## I Helgelandssykehuset

I tråd med kommunikasjonsplanen er hovedtiltakene:

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

Oppsummert:

- Vi har i størst mulig grad brukt eksisterende møtearenaer i foretaket. Med unntak av fysiske møter har kommunikasjonsplanen blitt fulgt. Eksempler: Digitalt allmøte 27. September, 4. November og 27. November, månedlig møte mellom administrerende direktør og alle ledere 27. September, 25. Oktober og 22. November, månedlig møte mellom administrerende direktør og alle stabsansatte 20. september, 18. oktober og 22. November. Møter med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud 18. september, og heldag fysisk møte 16. oktober, 20. November workshop gjennomføringsplan, dialogmøte 27. november og 11. Desember, i tillegg korte dialogmøter om saken underveis.
- I tillegg besluttet foretakets arbeidsmiljøutvalg (AMU) den 24. september å avholde et ekstraordinært AMU møte 21. oktober med temaet funksjons- og oppgavefordeling i et HMS-perspektiv. Møtet ble utvidet med alle klinikkjefer og klinikkverneombud i tillegg til de faste medlemmene. Vedtaks punkt: ROS analyse på foretaksnivå i et HMS-perspektiv når beslutningen er tatt i februar. Reetablering av omstillingsutvalg som kan svare ut spørsmål til ansatte om omstillingen fortløpende.
- Verneombudene har en årlig fysisk samling, i år 22. oktober. Administrerende direktør og koordinator for prosessen deltok der informasjon og dialog om prosessen var tema 1 time.

Den interne kommunikasjonen er forsterket gjentakende i interne møtearenaer:



### Samarbeid med Helse Nord RHF

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

Oppsummert:

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

## 5.2 Helgelandssykehuset- Ett sykehus

### Modell med ett sykehus

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

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

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

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

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

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

en overbeleggsprosedyre fungert godt. Vi har erfaring med intern overflytting av vedlikeholds- og kapasitetshensyn. Det forefinnes særavtaler med fagforening som kan bygges videre på.

Tiltak:

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

1. Et tettere faglig samarbeid nærmest pasienten:

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

2. Ledelse og kulturbygging

- Ledelsesutvikling på tvers av lokalisasjoner.
- Ledelsesutvikling i samarbeid med Helsefelleskap Helgeland.
- Innføring av #råbra (avvikssystem med fokus på det positive som skjer i arbeidshverdagen).
- Internt kulturprogram med ansatte for ansatte.
- Kommunikasjonsplan og prinsipper i ekstern og intern kommunikasjon.

### 5.3 Samhandling og brukerinvolvering

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

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

Arbeidsgruppen foreslår at helsetjenestene i Nord ser videre på:

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

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

### **Hva er viktig for kommunene og Helgelandssykehuset**

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

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

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

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

### **Digitalisering**

I høringsvarene til Helse Nord i forbindelse med styresak 83-2024 *Tiltak som bidrar til bærekraft i Helse Nord – rapport*, leverte Helgelandskommunene høringsuttalelser som i stor grad støttet arbeidsgruppe 5s foreslåtte satsning på digital samhandling. Kommunene har i sine høringsuttalelser vist til flere muligheter og et større ønske for digital samhandling, blant annet innsats- / vurderingsteam, vurderingsstøtte og digital hjemmeoppfølging. Rana kommune viser i sitt hørings svar til et ønske om raskere digitalisering.

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

Deling av ressurser og en felles utvikling bør søkes i fremtidig tjenesteutvikling. Som anbefalt av NOU 2023:8 – fellesskapets sykehus, bør det søkes et tettere arbeid med felles standarder for regionen.

Helgelandssykehuset har gjennom Helsefellesskap Helgeland bidratt inn i prosjektet Digital Hjemmeoppfølging Helgeland (DHH), drevet av Digitale Helgeland og samarbeider allerede om innføring av digitale innbygger- og samhandlingstjenester, men ser også et potensiale for ytterligere samarbeid. Helsefellesskapet vil være en støtte for Helgelandssykehuset i arbeidet om digitalisering, og en sentral samarbeidspartner er Digitale Helgeland - et kommunalt oppgavefellesskap som forener 16 kommuner, som samarbeider om kompetanse og ressurser.

### **Felles rekruttering og stabilisering av fagmiljøer**

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

Kommunene og sykehuset delte øvrige erfaringer rundt rekrutteringstiltak som har blitt utprøvd, og hvilke som kan være interessante å se videre på. Enkelte kommuner har forsøkt stipend-ordninger, mentor-

ordninger, trainee-ordninger, og andre etterlyser mer interessante arbeidsoppgaver, spesielt for sykepleiere. I samarbeidsmøtet mellom Helgelandssykehuset og kommunene på Sør-Helgeland våren 2024, ble partene enige om at et felles fokus på rekruttering med det formål å beholde kompetansen i regionen er mer tjenlig enn konkurranse mellom kommuner og sykehus.

### **Tilbudet innen psykisk helse**

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

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

### **Rehabilitering**

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

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

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

### **Tettere samarbeid og tydeligere ansvarsforhold**

Helgeland er en region med mange pågående, store piloter innenfor samhandling. Ulike tjenestemodeller forsøkes i form av Helserom Helgeland og digital hjemmeoppfølging. For at en ny tjenestemodell skal lykkes kreves det tydelig ansvarsavklaring ved drift av nye tjenestemodeller, i form av avklaringer rundt økonomi,



faglig og administrativt ansvar. Flere kommuner etterlyser forsterkning med spesialisert kompetanse i tilknytning til KAD / ØHD-tilbud, og flere andre tar til orde for å videreutvikle et intermediært nivå med døgnseger i en integrert tjeneste mellom kommune og sykehus. Alstahaug, Brønnøy, Rana og Vefsn foreslår i sine høringsvar at Helse Nord og Helgelandssykehusets er videre på realiseringen av planer rundt etablering av intermediære seger ved DMS-et i Brønnøysund. Dette følger Helgelandssykehuset opp med et konkret forslag om en observasjonspost i Brønnøysund.

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

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

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

#### **Dialog med primærhelsetjenesten i Vefsn, Grane og Hattfjelldal**

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

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

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

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

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

#### **Helsefellesskap Helgeland**

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

- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

- Skrøpelige eldre
- Barn og unge
- Personer med flere kroniske lidelser

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

### **Strategisk samarbeidsutvalg (SSU):**

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

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

Helsefellesskap Helgeland har nå vært i drift i ett og et halvt år, og samarbeidsformen har blitt godt forankret i kommuner og sykehus. Det strukturerte arbeidet i Helsefellesskapet preges av gjensidig tro på arbeidet, og enkelte av de faglige samarbeidsutvalgene har allerede levert løsninger til strategisk samarbeidsutvalg. Siden oppstarten av Helsefellesskap Helgeland, har Helgelandssykehuset og kommunene en gjensidig oppfatning om at felles tjenesteutvikling har blitt mer organisert og forpliktende.

### **Helsefellesskapets rolle i fremtidens samhandling**

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

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

### **Brukerne**

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

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

Helgelandssykehusets strategi har vært å involvere brukerne tidlig, og allerede i endrings- og omstillingsprosessen i Helse Nord startet administrasjonen med jevnlig informasjon og diskusjon med det samlede brukerutvalget. Administrerende direktør har i møtene satt av én av timene til å ha dialog om prosessen og utfordringsbildet, og tatt brukerutvalgets innspill til følge. Brukerne har gitt aktive bidrag og har selv vært med på å forme fremtidens sykehus på Helgeland, både i form av å avlevere hørings svar til *Tiltak*

*som bidrar til bærekraft i Helse Nord, og nå også i funksjons- og oppgavefordelingsprosessen på Helgeland. Det er brukerne som kjenner Helgeland best, og brukerne et sykehus finnes for. Utvalget har derfor vært en svært viktig rådgiver for administrasjonen og ledelsen i Helgelandssykehuset.*

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

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

### **Ungdommene**

Helgelandssykehuset har i år etablert et ungdomsråd etter flere år med rekrutteringsvansker. Ungdommene som nå stiller til rådet, er engasjerte, dyktige og bidrar med et svært viktig perspektiv i sykehusdriften. Helgelandssykehuset har ikke et døgntilbud spesielt rettet mot barn og ungdom i somatikk, men behandler mange barn og unge innenfor fagfelte i somatikk og psykisk helse, både ved akutte innleggelse og ved poliklinisk kontakt. I tillegg er barn som pårørende en viktig gruppe som skal ivaretas i spesialisthelsetjenesten, og ungdomsrådet har bidratt til et fokus på disse viktige pasient- og pårørendegruppene.

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

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

## Vedlegg 2. Personell, utdanning og kompetanse (PUK)

Her gis en oversikt over bemanningssituasjonen i Helgelandssykehuset.

### Rammebetingelser

#### Tid for handling

Medarbeiderne er Helgelandssykehusets viktigste ressurs. Å bemanne spesialisthelsetjenesten med tilstrekkelig antall fagpersoner med rett kompetanse er Helgelandssykehusets aller største utfordring i tiden framover. Dette har vi til felles med alle sykehus og kommuner i Norge, men som et lite lokalsykehus i distrikt står vi ovenfor særskilte utfordringer.

Helsepersonellkommisjonen slår i sin rapport «*Tid for handling*» ([NOU 2023:4](#)) fast at:

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

omsorgstjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før. Det blir færre ansatte per pasient.

- En styrket satsing på kommunale tjenester vil medføre en innretning av spesialisthelsetjenesten med lavere, eventuelt ingen, personellvekst. Produktiviteten må økes merkbart, og det blir behov for å tilrettelegge for og investere i løsninger som bidrar til dette.

### Situasjonsbeskrivelse og tiltak for løsninger i Helse Nord og Helgelandssykehuset

I Helse Nord er det 24 % flere leger og sykepleiere pr. innbygger enn gjennomsnittet ellers i landet. Likevel er det bemanningsproblemer. Det forklares med at Nord-Norge av geografiske og historiske årsaker har flest sykehus, vaktordninger, distriktspsykiatriske sentra og andre tilbud per innbygger. Vi bruker mye personell i ulike tjenester med døgnkontinuerlig drift, men med få pasienter. Det blir for få igjen til å betjene de travleste vaktordningene, ventelistene og planlagte behandlinger. Vi kompenserer for noe av dette med kjøp av vikartjenester og kostbar planlagt behandling fra private. Det vurderes at det ikke er bærekraftig å fortsette slik, og det er heller ikke mulig å øke bemanningen ytterligere. Helse Nord's tiltak for å sikre bærekraft har delvis vært å etablere en struktur som lar seg bemanne og delvis ved å utarbeide en strategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK). Strategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord er retningsgivende for foretaksgruppen og ble vedtatt av styret i Helse Nord ([Styresak 40-2023](#)). Overordnet målsetting for strategien er at helseforetakene skal være stabile, helsefremmende og attraktive arbeidsplasser som tiltrekker, utvikler og beholder kompetansen som trengs for å yte sikker og god pasientbehandling. Tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse til sårbare fagmiljø skal prioriteres, for eksempel prioritering av rekrutteringssvake personellgrupper. Det sammenfaller også med helsepersonellkommisjonens anbefalinger. Det er besluttet en regional handlingsplan for å iverksette strategien ([styresak 54-2024](#)). Helgelandssykehuset fulgte opp med sin PUK-handlingsplan i [styresak 60-2024](#).

I Helgelandssykehusets PUK-plan er det definert fire innsatsområder:

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

Styret i Helgelandssykehuset fikk presentert *Fordeling av midler til rekruttering og stabilisering 2025* i [styresak 112-2024](#), 26,1 mill.kr.

## Bemanningssituasjonen i Helgelandssykehuset

I denne delen av dokumentet er det samlet utvalgt datagrunnlag om bemanning og personell som underlag til saksbehandlingen.

### Innleie fra firma og honorar over lønssystem

Tabell under viser sum innleie fra firma og lønssystem, fordelt på år og pr. klinikk.

Klinikk	År					Totalsum
	2019	2022	2023	2024		
Medisinsk klinikk	20 705 423	37 797 845	33 814 995	32 636 008	124 954 271	
Kirurgisk klinikk	26 245 264	46 095 350	43 230 441	43 739 842	159 310 896	
Prehospital klinikk		146 479		-	146 479	
Felles	891	164 663	90 830	- 142 213	114 171	
Drift og Eiendom		205 246			205 246	
Psykisk helse og rus	10 386 894	16 133 895	15 690 989	15 029 594	57 241 373	
	<b>57 338 473</b>	<b>100 543 478</b>	<b>92 827 255</b>	<b>91 263 230</b>	<b>341 972 436</b>	

Regnskapstall. Tabellen viser innleie kostnader på art: 4681,4682,4683,5003 pr. år. For 2024 foreløpige regnskaps tall for året pr. 06.01.2025. Vi sammenligner med året 2019.

Sum innleie for somatikk fordelt på lokasjon:

Funksjon	Lokasjon	År				Totalsum
		2019	2022	2023	2024	
Somatikk	Sandnessjøen	13 746 819	33 217 810	32 355 358	32 638 704	111 958 691
	Mosjøen	12 337 382	12 280 817	14 091 687	17 053 273	55 763 159
	Mo i Rana	20 688 816	38 394 568	30 598 390	26 675 470	116 357 245
	Felles				8 403	8 403
	Brønnøysund	177 670	-			177 670
<b>Somatikk Totalt</b>		<b>46 950 687</b>	<b>83 893 195</b>	<b>77 045 436</b>	<b>76 375 850</b>	<b>284 265 167</b>

Regnskapstall. Tabellen viser innleie kostnader på art: 4681,4682,4683,5003 pr. år. For 2024 foreløpige regnskaps tall for året pr. 06.01.2025.

Det er et mål å redusere innleie av arbeidskraft fra firma til 2019 nivå. For en enkelt måned siden 2019 har vi nådd målet, i april 2024. Satsingen på ventetidsløftet og vakante stillinger er hovedårsak til økningen etter april 2024. Å leie inn spesialister til poliklinikk medfører også en inntektsside. Foretaket har i løpet av 2024 fått styrket basisrammen med ventetidsløftemidler. Etter pandemien var det et uttrykt mål å redusere innleie, og fullmaktene til innleie i organisasjonen ble lagt til AD/klinikk sjef. Et stort omfang av vakante stillinger krevde at beredskapskritiske fag ble prioritert foran poliklinikk med den konsekvens at ventelistene økte, og fristbruddene eskalerte i antall med en topp på 1396 i august 2023 ([Kilde](#): handlingsplan for fristbrudd og ventelister, styresak 76/2023 vedlegg 2). Strategien etter det har vært å finne balansepunktet mellom kvalitet (ventetider, passert planlagt tid, fristbrudd) og begrense innleie. Et slikt balansepunkt er vesentlig for

bærekraftig drift i et sykehus. Det skippertaket som er gjennomført siste halvannet år har en kostnad.

I det siste året har foretaket lyktes med å leie inn over lønssystem (honorarlønn), og dermed unngått dyr innleie. Det er likevel en dyrere løsning enn fast personell, og samtidig har våre faste leger bosatt på Helgeland ofte hovedansvaret som bærebjelken i fagmiljøet.

Summer av Beløp Koststed(T)	År			
	2022	2023	2024	Totalsum
Felles psykisk helse og rus		14 137 304	11 127 615	25 264 920
Medisinsk sengepost SSJ	10 124 234	8 580 038	4 794 135	23 498 406
Medisinske leger MIR	6 199 748	6 111 484	5 864 308	18 175 540
Røntgenleger MiR	4 451 540	5 746 049	6 822 419	17 020 008
Gyn leger SSJ	5 802 368	4 120 121	6 002 152	15 924 640
Anestesileger MiR	6 300 630	4 886 767	4 555 543	15 742 940
Anestesileger SSJ	3 559 510	6 206 340	3 895 304	13 661 155
Medisinske leger MSJ	2 491 411	3 632 053	4 391 321	10 514 785
Kirurgiske leger MIR	6 492 247	2 015 159	1 413 975	9 921 381
Kirurgisk dagavdeling og kir.øye.hud Poliklinikker MSJ	2 264 940	3 178 532	3 846 789	9 290 260
Gyn leger MIR		5 566 945	3 692 881	9 259 826
Medisinske leger SSJ	2 781 751	3 200 990	2 534 420	8 517 160
Anestesileger MSJ	2 101 000	2 710 980	3 542 300	8 354 280
Medisinsk sengepost MIR	6 174 815	1 035 193	731 917	7 941 925
Kirurgiske leger SSJ	1 861 608	2 723 845	2 302 407	6 887 860
ØNH leger SSJ	2 161 828	1 627 101	2 517 688	6 306 617
Ortopediske leger MIR	1 639 239	2 015 266	2 533 406	6 187 912
Kirurgiske leger MSJ	1 847 734	1 562 478	2 453 938	5 864 149
BUP Brønnøysund Ssj	3 167 202	-	2 248 675	5 415 877
Røntgenleger Msj	2 127 308	1 619 556	1 578 757	5 325 622

De 20 enhetene med høyeste kostnader til innleie, både fra firma og via lønssystemet, i 2022, 2023 og foreløpige regnskaps tall for 2024 pr. 06.01.2025.

## Vakante stillinger

Utgangspunktet for fremstilling av vakante stillinger er basert på Helgelandssykehuset sin HR-rapport i Virksomhetsportalen (VA). Rapporten viser differansen mellom antall budsjetterte stillinger og antall månedsverk på fastlønn gir et tall på overforbruk eller underforbruk / vakante stillinger. Fastlønn månedsverk gis både faste og midlertidige ansatte når disse har en kontrakt som går over noe tid. Det er en trend mot reduksjon av vakante stillinger det siste året.

Rapporten viser også endring i bemanningsmiks. Med bemanningsmiks mener vi totalt forbruk av fast lønn, variabel lønn, innleie fra firma og over lønssystem.

HR-rapporten i Virksomhetsportalen (VA) viser pr. november 2024 at foretaket mangler totalt 83,7 faste månedsverk, basert på et 3-mnd snitt. Disse tallene tar utgangspunkt i planlagte budsjetterte stillinger. November 2024 er siste oppdaterte tall. Faste månedsverk er de som mottar fast lønn i Helgelandssykehuset, fast ansatte og vikarer.

Periode ▼		november 2024			
Type månedsværk ▲	Type månedsværk detaljert ▲	Månedsværk (3 mnd snitt)	Endring fra ifjor (3 mnd snitt)	%-vis endring fra ifjor (3 mnd snitt)	Mangel faste månedsværk (3 mnd snitt)
Faste månedsværk	Faste månedsværk **	1 468,4	59,7	4,2 %	83,7
	Faste månedsværk LIS1, lærlinger og studenter	60,5	-1,7	-2,7 %	.
Delsum: Faste månedsværk		1 529,0	58,1	3,9 %	83,7
Variable månedsværk	Mertid/timelønn	79,2	-0,3	-0,4 %	.
	Overtid	90,4	-5,6	-5,9 %	.
	UTA	10,5	-0,9	-8,0 %	.
	Utrykning på vakt	26,9	-0,8	-2,8 %	.
Delsum: Variable månedsværk		206,9	-7,6	-3,5 %	.
Innleide månedsværk	Estimert ekstern innleie	20,3	-3,5	-14,6 %	.
	Intern innleie	14,8	0,4	3,0 %	.
Delsum: Innleide månedsværk		35,0	-3,0	-8,0 %	.
Total		1 770,9	47,4	2,8 %	83,7

Ser vi på samme periode i 2023 var det samme tallet mangel på faste månedsværk (3 mnd snitt) 126.

### Antall vakante /budsjetterte stillinger pr klinikk

HR-rapporten i virksomhetsportalen (VA) pr. november 2024 viser at somatikk, det vil si medisinsk- og kirurgisk klinikk, mangler totalt 30 faste månedsværk, basert på et 3-mnd snitt. Dette er en reduksjon fra i fjor, der mangelen på faste månedsværk var 69.

Periode ▼		november 2024			
Klinikk ▲	Avdeling ▲	Månedsværk (3 mnd snitt)	Faste månedsværk **	Antall budsjetterte faste stillinger	Mangel faste månedsværk (3 mnd snitt)
< 2 Medisinsk klinikk	104 - Medisinsk Avdeling Mir >	165,1	126,02	134,6	-0,3
	204 - Medisinsk Avdeling Msj >	91,6	67,55	75,6	0,4
	205 - Felles Medisin >	46,8	39,20	53,5	13,3
	304 - Medisinsk Avdeling Ssj >	186,3	138,46	150,8	5,6
Delsum: 2 Medisinsk klinikk		489,8	371,24	414,4	19,0
< 3 Kirurgisk klinikk	103 - Kirurgisk Avdeling Mir >	245,3	179,43	187,8	4,7
	203 - Kirurgisk Avdeling Msj >	96,2	67,57	80,5	7,3
	303 - Kirurgisk Avdeling Ssj >	203,7	140,25	175,5	28,1
	305 - Felles Kirugi >	37,2	35,01	7,0	-28,8
Delsum: 3 Kirurgisk klinikk		582,3	422,26	450,8	11,3



Periode ▼		november 2023			
Klinikk ▲	Avdeling ▲	Månedsværk (3 mnd snitt)	Faste månedsværk **	Antall budsjetterte faste stillinger	Mangel faste månedsværk (3 mnd snitt)
< 2 Medisinsk klinikk	104 - Medisinsk Avdeling Mir >	166,7	118,39	128,3	4,3
	204 - Medisinsk Avdeling Msj >	91,7	69,17	77,4	2,7
	205 - Felles Medisin >	62,9	53,17	49,4	-6,1
	304 - Medisinsk Avdeling Ssj >	170,8	124,47	145,7	14,1
Delsum: 2 Medisinsk klinikk		<b>492,0</b>	<b>365,20</b>	<b>400,7</b>	<b>14,9</b>
< 3 Kirurgisk klinikk	103 - Kirurgisk Avdeling Mir >	227,9	170,92	184,1	9,6
	203 - Kirurgisk Avdeling Msj >	97,8	67,92	82,0	8,3
	303 - Kirurgisk Avdeling Ssj >	200,2	127,05	175,4	39,1
	305 - Felles Kirurgi >	21,6	20,80	18,0	-3,4
Delsum: 3 Kirurgisk klinikk		<b>547,5</b>	<b>386,69</b>	<b>459,4</b>	<b>53,6</b>

Tallene på vakante stillinger er basert på Helgelandssykehuset sin HR-rapport i Virksomhetsportalen (VA) som viser differansen mellom antall budsjetterte stillinger og antall månedsværk på fastlønn (både faste og midlertidige ansatte), som gir et tall på overforbruk eller underforbruk / vakante stillinger. Budsjetterte stillinger er basert på opprinnelig budsjetterte stillinger ved årets start og ikke justert for endringer i løpet av året. På grunn av omorganiseringen av felles inntakskontor fra 1.9.2024 fordelt til medisinsk- og kirurgisk klinikk, er budsjetterte stillinger på felles medisin og felles kirurgi være feil og må sees noe i sammenheng i tabellen for november 2024.

Medisinsk klinikk har samlet sett redusert antall vakante stillinger fra 2023 til 2024.

- Medisinsk klinikk avdeling Mo i Rana hadde 4 vakante stillinger i 2023 og 0 i 2024.
- Medisinsk klinikk avdeling Mosjøen hadde 3 vakante stillinger 2023 og 0 i 2024.
- Medisinsk klinikk avdeling Sandnessjøen hadde 14 vakante stillinger i 2023 og 6 i 2024.

Kirurgisk klinikk har også samlet sett redusert antall vakante stillinger fra 2023 til 2024.

Likevel har kirurgisk klinikk fremdeles mange vakante stillinger, og dette gjelder hovedsakelig for legestillinger og spesialsykepleiere. (Tallene er også påvirket av endringer i klinikken på fellesområdet hvor det mangler budsjetterte stillinger, men hvor det likevel er ansatt flere).

- Kirurgisk klinikk avdeling Mo i Rana hadde 10 stillinger vakante i 2023 og 5 i 2024.
- Kirurgisk klinikk avdeling Mosjøen hadde 8 stillinger vakant i 2023 og 7 i 2024.
- Kirurgisk klinikk avdeling Sandnessjøen hadde 39 vakante stillinger i 2023, og 28 i 2024.

De 20 enhetene med høyeste antall manglende faste årsverk/vakante stillinger i november 2024:

Koststed	Antall budsjetterte faste stillinger	Mangel faste månedsverk (3 mnd snitt)
36580 - Intensiv Ssj	23,55	6,88
31110 - Kirurgisk Sengepost Ssj	30,35	6,64
36560 - Operasjon Ssj	16,90	5,74
10800 - Akutt Felles	4,00	4,00
36551 - Anestesileger Ssj	6,50	3,42
36030 - Rehabiliteringsmedisinsk Sengepost Ssj	20,32	3,38
36200 - Laboratoriet Og Blodbank Ssj	17,95	3,34
31810 - Medisinsk Sengepost Ssj	32,30	3,15
21100 - Kirurgiske Leger Msj	13,50	2,75
16691 - Røntgenleger Mir	4,89	2,25
26550 - Anestesi Msj	7,25	2,25
14980 - Gyn Leger Mir	6,50	2,18
11300 - Ortopediske Leger Mir	12,00	2,14
26580 - Akuttmottak Og Intensiv Msj	24,39	1,88
12000 - Kvinne- Og Fødepost Mir	18,80	1,84
34980 - Gyn Leger Ssj	6,50	1,75
35141 - Ønh Leger Ssj	5,00	1,70
39036 - Fødestue Brs	10,55	1,63
16930 - Kontortjenesten Mir	21,80	1,57
31100 - Kirurgiske Leger Ssj	18,38	1,43

Kilde: HR-rapport i Virksomhetsportalen (VA)

## Bemanning og ventet avgang til pensjon

Helgelandssykehuset har en betydelig andel arbeidstakere over 55 år. Bildet ser slik ut per stillingsgruppe når det gjelder andel over 55 år (data fra lønnsmassen september 2024):

- 43% av overlegene
- Mellom 20-30 % av spesialsykepleiere og jordmødre (dette er oppsummert i et intervall pga. disse er registrert i flere stillingskategorier)
- Blant alle ansatte er 23% over 55 år.

Dette innebærer at en stor andel av våre ansatte, særlig innen spesialistgruppene vil gå til pensjon innen 5-15 år. Helgelandssykehuset vil ha et stort rekrutteringsbehov på mellomlang og lang sikt.

## Utdanning av legespesialister

Av utdanningsløpene er det bare legespesialisering Helgelandssykehuset selv har ansvaret for. Helgelandssykehuset er utdanningsvirksomhet for spesialistutdanningen for leger. Spesialistutdanningen er viktig for at Helgelandssykehuset skal kunne utdanne sine egne, fremtidige spesialister. Leger i spesialisering (LIS) er også en helt nødvendig ressurs for foretakets drift – både i sengeposter, poliklinikker, akuttmottak osv. LIS bemanner våre primære og sekundære vaktlinjer, og er kritisk for opprettholdelse av lokalsykehusenes akuttfunksjoner.

Spesialistutdanningen er en kompetansebasert utdanning som tar minimum 6,5 år etter endt profesjonsstudiet i medisin. Spesialistutdanningens først del (LIS1, tidligere kalt «turnustjeneste») er en obligatorisk tjeneste på 1,5 år (1 år sykehus + ½ år kommune) som alle leger må gjennomføre uavhengig av videre hovedspesialisering.

Vi har totalt 38 LIS1-stillinger fordelt mellom de tre sykehuslokalisasjonene. LIS1 er en viktig rekrutteringsarena for videre ansettelser som lege i spesialisering (LIS). Fire av stillingene er særskilte stillinger som skal bidra til økt rekruttering til allmenmedisin, BUP og psykiatri.

Helgelandssykehuset har spesialistutdanning i 18 hovedspesialiteter med totalt ca. 70 LIS-stillinger.

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

Vi har en viss turnover av LIS i Helgelandssykehuset. Sannsynligvis er dette som forventet sammenliknet med tilsvarende foretak, men vi vet for lite om hvor skillet går mellom ønsket og uønsket turnover. Øyeblikksbeskrivelser av antall LIS vil derfor være vanskelig å tolke.

Vi har få historiske tall, men registrering gjort fra september 2023 til september 2024 viser at vi ansatte 20 nye LIS i foretaket, mens 11 LIS sluttet. I samme periode ble fire LIS ferdige spesialister, hvorav tre er fast ansatt som overleger i Helgelandssykehuset (én har sluttet).

Ved utgangen av september 2024 hadde vi:

66 ansatte LIS i utdanningsløp innen 14 ulike spesialiteter. Av disse jobber ca. 64% i LIS-sjiktet, 19% som konstituert overleger, og ca. 17% er i permisjon (bl.a. spesialiseringsperiode, foreldrepermisjon osv.).

Dette medfører at vi til tross for relativt mange ansatte leger i spesialisingsløp, likevel vil kunne oppleve mangel på LIS i arbeids- og vaktplaner. Mangel på LIS er spesielt krevende i de vaktbærende spesialiteter. LIS-bemanningen kan altså ikke sees på isolert, men må sees i

sammenheng med øvrig legebemanning (for eksempel antall spesialister, antall LIS1, bruk av vikarer og konstitueringer, og evt. bruk av stillinger for «leger uten spesialisering/LIS1»). Antall LIS og spesialistdekning er viktig med tanke på tid og ressurser til utdanningsoppgaver som for eksempel supervisjon, veiledning og internundervisning. Hospitanter og medisinstudenter vil også påvirke det totale «utdanningstrykk».

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

Det siste året har det pågått flere regionale og nasjonale prosesser som berører utfordringer i spesialistutdanningen for leger, framskrivning av fremtidig behov for legespesialister, samt styrking av breddekompetanse for ivaretagelse av pasientbehandling og akuttberedskap. Helt sentralt i dette er hvordan vi skal sikre utdanning og bemanning av legespesialister i fremtiden. Helgelandssykehuset (fagmiljøene og sykehusledelse) har vært godt involvert og deltagende i disse prosessene.

### Faste årsverk spesialsykepleiere innen anestesi-, intensiv og operasjon

Behovet for erstatningsrekruttering innen kategoriene spesialsykepleiere og jordmødre må fortsatt følges tett i tiden fremover. Det er viktig at behovet for utdanningsstillinger sikres, og det må fortsatt jobbes systematisk med dette som del av foretakets kompetanseplan. Helseforetakene utdanner sine egne spesialsykepleiere, et generelt utviklingstrekk fra Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene ([Dokument 3:2 \(2019–2020\)](#)). Dette gjelder også for Helgelandssykehuset. Midler til rekruttering og stabilisering fra Helse Nord kan øke antallet utdanningsstillinger i Helgelandssykehuset i årene fremover.

Data fra Multi innsikt av desember 2024 viser følgende bilde når det gjelder faste årsverk innen anestesi, operasjon og intensiv i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen.

### Anestesi – faste årsverk

Oppsummering faste årsverk anestesi:

- Det er 12,75 årsverk i anesthesisykepleiere ved anestesi Mo i Rana.
- Det er 5,75 årsverk i anesthesisykepleiere ved anestesi Sandnessjøen.

- Det er 3,0 årsverk innen spesialutdannet sykepleier og fagutvikling spesialsykepleier ved anestesi Sandnessjøen. Disse er anestesisykepleiere, men er annerledes registrert i systemet derav fremgår de på disse stillingskodene.
- Det er 4,5 årsverk for anestesisykepleiere ved anestesi Mosjøen.
- Enhetsledere og assisterende enhetsledere er ikke med i datagrunnlaget. Disse har vanligvis spesialsykepleierkompetanse innen anestesi eller operasjonssykepleie.

#### Intensiv – faste årsverk

##### Oppsummering faste årsverk intensivsykepleie:

- Det er 6,1 årsverk intensivsykepleiere ved Akuttmottak og intensiv Mosjøen
- Det er 0,3 årsverk spesialutdannet sykepleier ved Akuttmottak og intensiv Mosjøen
- Det er 22,4 årsverk intensivsykepleiere ved Intensiv og Dagkirurgi Mo i Rana
- Det er 8,1 årsverk intensivsykepleiere ved Intensiv Sandnessjøen
- Det er 1 årsverk operasjonssykepleier ved Intensiv Sandnessjøen
- Det er 3,6 årsverk registrert som spesialutdannet sykepleier ved intensiv Sandnessjøen, av disse er et årsverk pediatrik sykepleier og 2,6 årsverk er intensivsykepleiere.
- Enhetsledere og assisterende enhetsledere er ikke med i datagrunnlaget.

#### Operasjon– faste årsverk

##### Oppsummering faste årsverk operasjonssykepleie:

- Det er 20 årsverk operasjonssykepleiere ved Operasjon Mo i Rana
- Det er 8,7 årsverk operasjonssykepleiere ved Operasjon Mosjøen
- Det er 8 årsverk operasjonssykepleiere ved Operasjon Sandnessjøen
- Det er 1 årsverk registrert som fagutvikling spesialsykepleier ved Operasjon Sandnessjøen, dette er en operasjonssykepleier.
- Enhetsledere og assisterende enhetsledere er ikke med i datagrunnlaget.

**Behov og rekruttering til utdanningsstillinger spesialsykepleie ABIOK og jordmorfaget** Helgelandssykehuset gjennomfører behovsanalyser og prioriteringer innen utdanningsstillinger i spesialsykepleie (spesialsykepleieutdanning anestesi, barn, intensiv, kreft, operasjon og master i jordmorfaget, heretter ABIOKJ). Prosessen gjennomføres før hver utlysning og tilsetting i utdanningsstillinger spesialsykepleie ABIOKJ. Dette arbeidet er en del av kompetanseplanen i Helgelandssykehuset.

## Utdannede spesialsykepleiere 2021-2023 og kandidater i løp 2024 og 2025

Oppsummert antall utdannede spesialsykepleiere ABIOKJ med utdanningsstillinger 2021-2023 og kandidater som er i utdanningsløp i 2024 og 2025.

Fagområde	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Brønnøysund	Sum fagområde
Intensiv	9	0	5	-	14
Operasjon	7	3	4	-	14
Anestesi	4	2	2	-	8
Kreft	3	0	1	0	4
Jordmor	5	-	5	0	10
UL-jordmor	1	-	1	0	2
Sum lokalisasjon	29	5	18	0	

Oppsummert viser oversikten en jevn utdanning av spesialsykepleiere i perioden 2021 og frem til i dag med flest kandidater ved enheter i Mo, særlig innen intensiv- og operasjonssykepleie.

### Utdanningskapasitet sykepleie på Helgeland

Utdanning av sykepleiere er viet stor oppmerksomhet i Helgelandssykehuset som andre helseforetak fordi utdanningskapasiteten bidrar i stor grad til tilgangen av sykepleiere til helseforetaket på alle lokalisasjoner.

Nord universitet i Mo i Rana har totalt 60 studieplasser i sykepleie og opptak hvert år. VID vitenskapelige høyskole i Sandnessjøen har 35 studieplasser i sykepleie og opptak annethvert år.

## Vedlegg 3. Høringsuttalelser – vurderinger

### Hørings- og innspillsrunde

Det ble i perioden 4. november til 13. desember gjennomført en hørings- og innspillsrunde basert på forslaget om funksjons- og oppgavefordeling av 4. november. Dette løsningsforslaget var ikke styrebehandlet i Helgelandssykehuset, så høringsrunden har vært å anse som en del av den saksbehandlingen som skal ligge til grunn for styrebehandling 24. januar 2025. Samtlige kommuner, ungdomsrådet, brukerutvalget, fagorganisasjonene, vernetjenesten og egne medarbeidere for øvrig, ble invitert til å uttale seg. Det var også åpning for andre å komme med innspill. Det var utarbeidet en høringsmal med utgangspunkt i de fem punktene i forsvarlig drift: • Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient • Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver • Forsvarlig totalbelastning på personell • Forsvarlig bruk av bygg og utstyr • Forsvarlig økonomi.

Helgelandssykehuset mottok totalt 70 høringsuttalelser, hvorav 15 kom fra kommuner på Helgeland, 40 interne og 15 fra øvrige. Uttalelsene utgjør til sammen 363 sider. Samtlige høringsuttalelser er lagt ut på Helgelandssykehusets hjemmesider <https://www.helgelandssykehuset.no/ending-og-omstilling-i-helgelandssykehuset/horing/>

### Vurdering av høringsuttalelsene

Det har vært et stort engasjement, og høringsuttalelsene inneholder mange gode innspill. Rettelser og utfyllende informasjon vedrørende dagens drift er fulgt opp. Noen høringsinstanser har valgt å benytte anledningen til å kommentere det overordnede strukturvedtaket, gitt av helseministeren 3. juli 2024. Helgelandssykehuset har ikke hatt strukturvedtaket på høring og kommer ikke til å saksbehandle disse kommentarene videre, noe innsenderne har fått tilbakemelding om. Selv om høringsinstansene har tatt opp mange temaer, er det noen som er viet særlig stor oppmerksomhet. Disse er nærmere omtalt i vedlegg her. Med ett unntak, barns beste, er det ikke framkommet helt nye momenter som Helgelandssykehuset ikke har hatt til vurdering under utarbeidelsen av løsningsforslaget av 4. november. Derimot har det kommet innspill som synliggjør behov for nærmere forklaring og begrunnelse for noen løsningsforslag. De stramme rammebetingelsene som er satt innen bygg og arealer legger premisser for valg av løsning, men helsepersonellmangelen og fordeling av denne utfordringen mellom lokalisasjonene er av en enda større betydning. Det vises til nærmere redegjørelse om personell, utdanning og kompetanse i vedlegg 2.

## Høringsuttalelser

### Urologi

Det er mottatt en rekke bekymringer og advarsler knyttet til forslaget om å overføre urologi fra Mosjøen til Sandnessjøen. Det vises til at fagmiljøet er bygget opp gjennom flere år og har en stor produksjon med gode resultater. Ved å gjennomføre døgnoperasjonene i Sandnessjøen og seinere også dagkirurgiske inngrep, advares det mot at fagmiljøet kan ta skade og i verste fall bryte sammen. Det er kommet forslag om døgnfunksjon i Mosjøen to dager i uka for fortsatt å kunne gjennomføre disse operasjonene i Mosjøen.

### Vurdering:

Det er to grunner til at overføring av urologi til Sandnessjøen er foreslått. Døgnoperasjoner (236 inngrep i 2023) innebærer at pasienten er innlagt på sykehuset. Ifølge løsningsforslaget skal det ikke være noen form for døgnfunksjoner eller døgnberedskap i Mosjøen, bortsett fra slagalarm og eventuelt en framtidig rehabiliteringsfunksjon. Døgnoperasjoner innen urologi ville innebære et brudd på dette prinsippet. Forslaget om døgnseger i Mosjøen er også omtalt i eget avsnitt under.

Den andre begrunnelsen er at det kirurgiske fagmiljøet i Sandnessjøen har behov for utvikling og større bredde i virksomheten. Selv om urologi ikke anses å være direkte relevant for å opprettholde kompetanse og trening i akuttkirurgi og traumer, vil det på sikt styrke det totale kirurgiske fagmiljøet. Det vil også bidra til en

mer allsidig virksomhet for hele den kirurgiske verdikjeden, herunder anestesi- og intensivmiljøet. Dette er også rekrutterende. Kirurgisk avdeling i Sandnessjøen ønsker urologien velkommen.

Fagmiljøet innen urologi vurderes å være sårbart. Det er tre overlegestillinger og to LIS-stillinger. I tillegg består fagmiljøet av uroterapeuter og godt trent operasjonssykepleiere og pleiepersonell for øvrig. Det er vurdert om både døgn- og dagkirurgi skal overføres til Sandnessjøen samtidig. Dette ville kunne innebære en raskere oppbygging av et urologisk fagmiljø i Sandnessjøen, og en ville kunne unngå dublering av noe operasjonsmateriell. Kostnadene knyttet til dette er beskrevet i vedlegg 5. En opprettholder likevel forslaget om en trinnvis overføring for å sikre en forsvarlig drift. Gitt ventetidsløftet, er det vesentlig at omstillingen ikke medfører redusert pasienttilbud, og dette må følges nøye. Overgangsperioden bør ikke overstige ca. to år. Det forventes at antall spesialister øker fra dagens én, noe som vil styrke fagmiljøets robusthet i omstillingen.

#### Konklusjon:

Urologiske døgnoperasjoner overføres til Sandnessjøen. Videre overføring av dagkirurgi skal skje trinnvis under nøye overvåking av forsvarlig drift og opprettholdelse av pasienttilbudet.

#### «Stabiliseringsfunksjon» i Mosjøen

Ambulansetjenesten i Hattfjelldal, Grane og Vefsn har hittil hatt anledning til å søke assistanse fra fagmiljøet i Mosjøen for behandling av hardt skadde pasienter. Det dreier seg særlig om hjelp fra anestesipersonell for å sikre pasientens luftveier. Det har også vært eksempler på etablering av blodtransfusjon og ekstra følge av fagpersonell fra Mosjøen under videre ambulansetransport til akuttstusykehus. Det er i høringsrunden uttrykt bekymring for at dette tilbudet forsvinner.

#### Vurdering:

Helse Nord og Helgelandssykehuset forholder seg til Nasjonal traumeplan. Pasienter med alvorlig skade skal raskest mulig til det sted som kan ferdigbehandle dem, eller som kan håndtere livstruende skader i påvente av overføring til traumesenter. På Helgeland er det i henhold til kriteriene to akuttstusykehus med traumefunksjon, nemlig lokalisasjonene Sandnessjøen og Mo i Rana. Helse Nord's traumesenter er UNN Tromsø, men også St. Olavs hospital i Trondheim kan benyttes. Om funksjonen til sykehus uten traumefunksjon, legevakt, helsesentre m.v. sier traumeplanen at «disse kan brukes for midlertidig undersøkelse og stabilisering av pasienter med mistenkt alvorlig skade i påvente av transport. Behandlingstiltak kan gjøres avhengig av tilgjengelig kompetanse, men i samråd med traumeleder på det traumesenter/sykehus pasienten venter på å komme til. Diagnostikk og behandling skal ikke forsinke transport, med mindre det er en forutsetning for overlevelse». Dette tilsier at pasienter som allerede er under transport mot akuttstusykehus med traumefunksjon ikke skal behandles ved denne type helseinstitusjoner. De kan fort bli en «pasientfelle». I prosjekt OU Prehospital skal det utvikles prosedyrer som beskriver prehospitale tiltak i situasjoner der det er behov for raskest mulig anestesilogisk assistanse. Ambulanse- og redningshelikoptertjenesten er fast bemannet med anestesilege. Mange sykehus har rutiner for utrykning av anestesipersonell fra akuttstusykehus for å kjøre ambulanse i møte.

#### Konklusjon:

Det vurderes å ikke være grunnlag for en egen «stabiliseringsfunksjon» i Mosjøen utover det akuttmedisinske tilbudet som primær- og spesialisthelsetjenesten yter på Helgeland for øvrig.

#### Fordelingen av de indremedisinske opptaksområdene

Som ventet, er mange skeptiske til at Vefsn kommune skal inngå i det indremedisinske opptaksområdet til



Mo i Rana. Det er flere bekymringer knyttet til dette. Pasienter fra Vefsn inngår i det generellkirurgiske opptaksområdet til Sandnessjøen, slik at det blir to lokalisasjoner å forholde seg til innen disse to «hovedfagområdene». Det er inntil 20 minutter lenger kjørevei fra Mosjøen til Selfors på Mo enn til Sandnessjøen. Mange frykter at det kan gi en avgjørende forsinkelse av nødvendig behandling når det haster. Til sist påpekes det at når pasientgrunlaget til Mo i Rana gjennom dette forslaget øker mer enn pasientgrunlaget til lokalisasjon Sandnessjøen, gir det en uheldig favorisering av lokalisasjon Mo i Rana med tanke på faglig utvikling og rekruttering. Mo i Rana har allerede funksjonsfordelt de «tunge» fagene ortopedi og tarmkirurgi. Man mener da at forslaget ikke støtter opp under kravet om bærekraftig og fremtidsrettet drift begge steder. Det er et ønske ved begge akuttsykehusene at legene i større grad har aktiv tilstedevakt framfor passiv hjemmevakt. Dette krever en viss aktivitet på vakttid, som igjen henger sammen med pasientgrunlaget.

#### Vurdering:

At befolkningen i Vefsn skal forholde seg til behandlingstilbud på ulike lokalisasjoner er ikke noe nytt. Alle helgelendinger må det. Allerede i dag er en rekke fagområder funksjonsfordelt til én lokalisasjon. Eksempler er øye og nevrologi i Mosjøen, Øre-nese-hals og rehabilitering i Sandnessjøen og revmatologi og ortopedi i Mo i Rana. Det spesielle med indremedisin er at innleggelsene er preget av øyeblikkelig-hjelp, hvorav noen med stor grad av hast. Det faglige tilbudet i ambulansetjenesten har de siste årene medført at behandling av mange av disse tilstandene startes i ambulansen. Den viktige samhandlingen med kommunal legevakt styrkes nå gjennom det regionale kvalitetsforbedringsprosjektet «Trygg akuttmedisin». Disse tiltakene reduserer risikoen ved noe lenger vei til akuttsykehus. Det akuttmedisinske samarbeidsprosjektet OU Prehospital vil fortsette arbeidet med å etablere gode akuttmedisinske rutiner i Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Ved siden av ambulansetjenesten og fastleger, deltar kommunale helse- og omsorgstjenester og representanter for brukerne i dette prosjektet.

Helgelandssykehuset skal være ett sykehus, der både lokalisasjonene Sandnessjøen og Mo i Rana er fullverdige akuttsykehus. Det innebærer blant annet at det elektroniske pasientjournalssystemet er gjennomgående og tilgjengelig fra alle lokalisasjoner. Journalnotater etter undersøkelser og behandling gitt i Mo i Rana kan altså leses i Sandnessjøen og vice versa. Ambulansepersonell og legevakt må alltid gjøre vurderinger av hvor og hvordan dårlige pasienter skal transporteres. Noen skal flys direkte til høyere omsorgsnivå, men andre av spesielle grunner transporteres til andre lokalisasjoner enn det opptaksområdet skulle tilsi. Dette betyr at «dekningsområdet» har den nødvendige fleksibiliteten. For øvrig er det foreslått at alle pasienter fra de tre kommunene med mistanke om hjerneslag skal tilbys CT-undersøkelse i Mosjøen og deretter ved indikasjon innlegges ved sykehuset i Sandnessjøen.

Når det gjelder ulikt pasientgrunnlag for de to akuttsykehusene, minnes det om at lokalisasjon Sandnessjøen allerede har et større pasientgrunnlag innen generell kirurgi, føde og gynekologi enn lokalisasjonen i Mo i Rana. To likeverdige akuttsykehus betinger ikke at de er like i ett og alt. Det vurderes at et indremedisinsk pasientgrunnlag på nesten 30 000 er tilstrekkelig for å opprettholde et godt indremedisinsk fagmiljø med utviklingsmuligheter og en robust og attraktiv vaktordning for leger. Dette er situasjonen ved flere av landets akuttsykehus, og det støttes av vurderinger i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), der sykehusnivåene ble drøftet.

Fordelingen av de indremedisinske opptaksområdene kan framstå som lite optimalt, men er et kompromiss mellom mange ulike hensyn. Aller viktigst er kvaliteten i pasienttilbudet prehospitalt og ved begge akuttsykehusene. Pasientsikkerheten er ikke redusert i forhold til andre alternativer.

Konklusjon:

Det er ikke grunnlag for å endre forslaget om fordeling av de indremedisinske opptaksområdene.

#### Slagalarm i Mosjøen

I høringsuttalelsene er hjerneslag viet stor oppmerksomhet. I løsningsforslaget er det foreslått døgnbasert «slagalarm» i Mosjøen. Det innebærer at lokalt prehospitalt helsepersonell i nær dialog med lege i akuttsykehuset Sandnessjøen avklarer om pasienten har blodpropp eller blødning og starter trombolytisk behandling ved indikasjon. CT-apparatet blir fjernstyrt av radiograf i Sandnessjøen etter modell av slagalarm ved DMS i Brønnøysund. Samtlige høringsinstanser støtter et slagtilbud i Mosjøen, men noen mener det er nødvendig med radiograf i vakt for å betjene CT-apparatet og dermed også kunne gjennomføre CT-angiografi med kontrast for å påvise eventuell storåreokklusjon. Dette har betydning for å avklare om pasienten bør transporteres direkte til sykehus som har tilbud om trombektomi.

Vurdering:

I løsningsforslaget var ikke konseptet «slagalarm i Mosjøen» godt nok forklart. Desentralisert slagalarm er et godt tilbud til pasienter med hjerneslag som trenger behandling med trombolyse (plumbo). Noen pasienter har storåreokklusjon og trenger i tillegg trombektomi (trombefisking). For å avklare om pasienten har storåreokklusjon må det tas CT-angiografi (kontrastundersøkelse av blodårene i hjernen). Denne undersøkelsen tas vanligvis på lokalsykehus, før pasienter med påvist storåreokklusjon transporteres videre til trombektomisenter. Per i dag er det kun mulig å ta CT-angiografi på dagtid i Brønnøysund, når det er radiografer til stede. Prosedyrene som er utviklet for slagalarm Brønnøysund inneholder imidlertid kriterier for å mistenke storåreokklusjon allerede når ambulansen er hjemme hos pasienten. Ved mistanke om storåreokklusjon vil nevrolog på trombektomisenter kobles inn i flerpartsamtale med prehospitalt personell, og det vil gjøres individuell vurdering av hvor pasienten skal transporteres. Noen pasienter vil selekteres til desentralisert slagalarm, andre vil selekteres til lokalsykehus eller trombektomisenter. Prosedyren samsvarer med ny regional prosedyre for hjerneslag i Trygg akuttmedisin.

Det er i 2024 startet opp et innovasjonsprosjekt der Helgelandssykehuset samarbeider med UNN for å fjernstyre kontrastpumpe på DMS Brønnøy og DMS Finnsnes. Det kan da tas CT-angiografi ved desentralisert slagalarm også når det ikke er radiograf til stede. Dette prosjektet har mottatt innovasjonsmidler fra Helse Nord RHF. Det er også gledelig at en LIS-lege i Sandnessjøen er tildelt forskningsmidler for å gjennomføre et PhD-løp, der resultatene for pasienter som får prehospital slagbehandling skal undersøkes. Det foreliggende forslaget om slagalarm i Mosjøen er altså godt kvalitetssikret og følges opp vitenskapelig i nært samarbeid med vårt universitetssykehus.

Konklusjon:

Forslaget om slagalarm i Mosjøen etter modell fra DMS Brønnøysund blir stående.

#### Døgnsenger i Mosjøen

Flere høringsinstanser tar til orde for opprettholdelsen av felles tverrfaglige døgnsenger i Mosjøen. Det nevnes minst fire dager pr. uke. I tillegg til å kunne beholde døgnekirurgi, som nevnt under urologi, er det et ønske om felles tverrfaglige senger for utredning, palliasjon, rehabilitering, tilpassing behandling for nevrologiske pasienter samt fortsettelse dialyse og KIB inklusive kirurgisk observasjon. Det skal sikre både avlastning av akuttsykehusene for pasienter som ikke trenger direkte innleggelse, nært behandlingstilbud, tidsnært utredning innen pakkeforløpene og avlastning med utskrivningsklare pasienter. Det vises til

brugerutvalgets innspill til oppdragsdokument 2025 (styresak 97/2024 vedlegg 4; møte brukerutvalg sak 51-2024) om intermediære døgnenger som viktig støttefunksjon for kommunes tjenester.

Vurdering:

En sentral føring fra Helse Nord RHF og eget styre er at antall sykehusenheter med døgnfunksjon og beredskap på Helgeland skal reduseres fra tre til to. Det vurderes at døgntilbud i regi av spesialisthelsetjenesten og dermed beredskap i Mosjøen som varierer fra dag til dag vil være uheldig. Det bør ikke innføres rutiner som kan skape tvil om en helseinstitusjon har beredskap eller ikke, da dette kan true pasientsikkerheten. Helgelandssykehuset har gjennom saksbehandlingen hatt en dialog med kommunene for å undersøke interessen for intermedieersenger. Interessen for dette er varierende, men en utredning av observasjonspost ved DMS Brønnøysund har støtte. Foretaket vil likevel fortsette dialogen med kommunene om mulige samarbeidsformer, som brukerutvalget etterspør. Løsningsforslaget inneholder også et ønske om sammen med kommunene å utrede muligheten for å etablere et felles rehabiliteringstilbud i Mosjøen. Dette vil i så fall innebære døgnenger, men altså begrenset til rehabilitering.

Konklusjon:

Det skal ikke etableres døgnenger i Mosjøen utover eventuelt samarbeid med kommunene om intermedieersenger og/eller rehabilitering.

### Rehabilitering

Mange kommuner har gitt positive tilbakemeldinger på forslaget om å utrede etablering av et felles rehabiliteringstilbud i Mosjøen. Det er naturligvis mange spørsmål knyttet til ansvarsforhold, finansieringsmodell med mer. Et slikt samarbeidsprosjekt mellom Helgelandssykehuset og kommuner kan og skal ikke erstatte rehabiliteringstilbudet i Sandnessjøen. Pasienter i den subakutte fasen av alvorlig sykdom eller skade er avhengig av innleggelse i akuttisykehus. Noen høringsinstanser er likevel bekymret for at oppbygging av et tilbud i Mosjøen kan forhindre eller forsinke en nødvendig styrking av rehabiliteringsposten i Sandnessjøen.

Vurdering:

Helsemyndighetene og Helse Nord RHF er tydelige på at rehabiliteringstilbudet må styrkes i både sykehus og i kommunene. Flere kommuner på Helgeland opplever at tilbudet er svekket som følge av nedleggelsen av Helgeland rehabilitering i Sømna. Det er forståelig at mange spør seg hvorfor helseforetaket kommer opp med dette forslaget like etter at fagmiljøet i Sømna er oppløst. Helgelandssykehuset var ikke involvert i Helse Nord's anskaffelse av private rehabiliteringstjenester. Helsefelleskap Helgeland har etablert et faglig samarbeidsutvalg (FSU) Rehabilitering og en utredning av et tilbud som beskrevet i Mosjøen bør involvere dette FSU på en hensiktsmessig måte.

Rehabiliteringsposten i Sandnessjøen har fem senger. Utilstrekkelig bemanning, både når det gjelder leger, ulike terapeuter og pleiepersonell, medfører stengning i sommerferien og i jula. Løsningsforslaget tar sikte på å primært styrke bemanningen, slik at posten sikres kontinuerlig drift i de fem sengene. Tilbakemeldinger fra medisinsk klinikk tilsier imidlertid at antall senger og bemanningsutfordringene hører sammen. Det er større muligheter for nødvendig rekruttering ved samtidig økning av antall senger. Finnmarkssykehuset, som har samme pasientgrunnlag som Helgeland, har 9 senger. Det samme antallet ble foreslått av arbeidsgruppe 3, som utredet saken i Helse Nord's endrings- og omstillingsarbeid. Det vurderes derfor at sengetallet bør økes, og at bemanningsutfordringene håndteres parallelt med dette. Lokalisasjonen i Sandnessjøen får frigjort 797 m<sup>2</sup> tidlig i 2026 som følge av at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten flytter ut. Dette kan

være en god anledning til relokalisering av diverse funksjoner i sykehuset. Dermed gis det også nye muligheter for å sikre rehabiliteringsposten bedre plass.

Konklusjon:

Det foreslås at arbeidet med å styrke bemanningen ved rehabiliteringsposten i Sandnessjøen fortsetter, men at det parallelt forberedes en utvidelse av sengetallet til ni i 2026.

#### Observasjonspost ved DMS Brønnøysund

Forslaget om å etablere en observasjonspost ved DMS Brønnøysund har vekket et stort engasjement i høringsrunden. Også knyttet til dette forslaget er det reist spørsmål rundt ansvarsforhold og finansiering. Noen kommuner er mer skeptisk og mener at forslaget i praksis kan innebære en utvidelse av kommunens plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp (ref. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd). Men det er også spilt inn andre modeller for å kvalitetssikre innleggelsesbehovet prehospitalt. Et samarbeid mellom helseforetak og kommuner rundt prehospitalt innsatsteam er ett eksempel.

Vurdering:

Hensikten med tilbudet om kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering. Både kommunene og Helgelandssykehuset er enige om at innleggelse i sykehus bør unngås dersom pasientens tilstand og omsorgsbehov kan avklares prehospitalt. Fra pasientenes synsvinkel synes dette behovet å være større når transport eller reise til sykehus er lang og strevsom. Dette er tilfellet for befolkningen på Sør-Helgeland. Forslaget om en «observasjonspost» ved DMS Brønnøysund innebærer en større involvering av spesialisthelsetjenesten i form av vurdering og veiledning, selv om behandlingsansvaret fortsatt ligger i primærhelsetjenesten. Observasjonssenger kan også etableres i tilknytning til akuttmottakene, og slike benyttes i varierende grad allerede i dag. Dette kan være hensiktsmessig for en befolkning som bor nær akutt sykehus, men en videre utredning av prehospitalt observasjonsmuligheter vurderes å være ønskelig for både helseforetaket og kommunene. Det ligger særlig godt til rette for å etablere et slikt tilbud ved DMS Brønnøysund. Det vil være et prioritert prosjekt for Helgelandssykehuset og kommunene på Sør-Helgeland å søke rekrutterings- og samhandlingsmidler for etablering av en slik observasjonspost. Fristen for søknader er 1. april 2025. (Ref. styresak Helse Nord RHF 18.12.2024). Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) i Helsefelleskap Helgeland har laget kriterier for hvordan søknader skal prioriteres i Helsefelleskapet.

Konklusjon:

Helgelandssykehuset ønsker sammen med kommunene å utrede etablering av en observasjonspost ved DMS Brønnøysund og vil søke om rekrutterings- og samhandlingsmidler for å finansiere denne.

#### Barns beste

Statsforvalteren i Nordland uttrykker i sin høringsuttalelse at Helgelandssykehuset i løsningsforslaget bør ha en bredere drøfting av tjenester til barn og unge av hensyn til barns beste. Det vises til flere tilsynssaker de senere årene som har omhandlet somatiske helsetjenester til barn, og Statsforvalteren mener det er spesielt viktig at Helgelandssykehuset gjør en grundig vurdering av hvordan barn skal sikres forsvarlige tjenester og at tjenestene har tilstrekkelig redundans til å kunne levere forsvarlige tjenester også ved samtidighetskonflikter og ved vær- og føreforhold som kan være til hinder for rask transport til høyere omsorgsnivå. Ungdomsrådet har tidlig i prosessen i en uttalelse til utvidet ledergruppe påpekt behovet for mer fokus og bedre tilrettelegging for barn og unge som pasienter. Ungdomsrådet har stilt seg spørsmålet: «kanskje barn skulle ha blitt tatt imot på ett sted?»

Universitetet Nord Norge har også påpekt betydningen av det barnemedisinske tilbudet i Helgelandssykehuset i forbindelse med mottak av 5. og 6. års medisinstudenter. Det pediatriske miljøet for tiden for lite. Enten må pediatri avsluttes 4. år i deres studiemodell eller så må medisinerstudentene til Nordlandssykehuset Bodø i en periode mens de har opphold på Helgeland i den fremtidige modellen.

#### Vurdering:

Helgelandssykehuset er takknemlig for disse innspillene og vil følge dem opp. Foretaket har ikke egen barneavdeling, og syke barn mottas ved alle de tre akuttsykehusene. Barnelegene i Sandnessjøen ambulerer imidlertid til alle øvrige tjenestesteder. Det er etablert et samarbeid med barneavdelingen i Nordlandssykehuset. Det vurderes at kvaliteten i behandling av barn bør sikres bedre og ikke minst at tilbudet er stabilt og forutsigbart over tid. Man kan tenke seg å følge tre hovedstrategier: 1) styrke kunnskapen om behandling av barn hos alt personell som kan bli involvert i slik behandling, 2) styrke det barnemedisinske fagmiljøet i Sandnessjøen for å gjøre det i stand til å øke støtte og veiledning overfor øvrige lokalisasjoner og 3) etablere en barneavdeling i Helgelandssykehuset. I tillegg er det behov for bedre praktisk tilrettelegging for barn og unge som pasienter. Både ungdomsrådet og ildsjeler blant de ansatte har foreslått en maskot i Helgelandssykehuset for å skape en mer barnevennlig atmosfære ved ankomst. Administrerende direktør tok julen 2024 initiativ til å finansiere et slikt prosjekt.

#### Konklusjon:

Helgelandssykehuset vil anmode Helse Nord RHF om formelt å bli tildelt oppgaven å styrke det barnemedisinske tilbudet, slik at tiltaket blir godt forankret og er sikret oppfølging.

#### Etablering av psykiatrisk akutenhet i Mo i Rana

Det store flertallet av høringsinstansene støtter etablering av en lukket psykiatrisk akutenhet på Helgeland og peker særlig på den reduserte belastningen dette vil representere for pasientene. Noen mener at akuttposten bør etableres i Mosjøen framfor i Mo i Rana. De som er betenkt over forslaget om akutenhet, frykter at den vil dra personalressurser og andre ressurser fra poliklinikkene. Økt vaktbelastning teller også negativt. Gode psykiatriske polikliniske tilbud og veiledning framheves som viktig av flere kommuner.

#### Vurdering:

Høringsuttalelsene tilsier ikke at forslaget om en lukket akutenhet i Mo i Rana legges til side. Hensynet til pasienter og pårørende, men også redusert belastning for legevaktene og ambulansetjenesten tillegges stor vekt. Det er et sterkt ønske fra Helse Nord RHF at denne pasientgruppen skal få et bedre tilbud på Helgeland. En tidligere gjennomført ROS-analyse viser tydelig at akutenheten bør etableres i Mo i Rana. Det foreslås ingen endring av dagens virksomhet i Mosjøen. Gitt betydningen av at poliklinisk virksomhet ikke må lide som følge av forslaget, er det viktig å ha stor oppmerksomhet på dette i den videre utredningen av saken. Det må arbeides videre med hvordan tiltaket kan finansieres.

#### Konklusjon:

Forslaget om en lukket psykiatrisk akutenhet i Mo i Rana blir stående.

# Vedlegg 4. Rapport

## Overordnet risikovurdering: Løsningsforslag funksjons- og oppgavefordeling

<b>Helgelandssykehuset HF</b>
Oppdragsgiver: Administrerende direktør (AD)
Klinikker: Kirurgisk, Medisinsk, Prehospital og Drift og Eiendom
Dato/Tidsrom: uke 47-51 2025
Saksnummer i Elements:

### Leseveiledning:

Prosedyre Risikovurdering – prosess- og oppgavebeskrivelse (PB1967) ligger til grunn.  
Rapportmalen er et verktøy for å identifisere og analysere risiko på en strukturert måte.  
Formålet er å gi beslutningsstøtte til oppdragsgiver.

Malen følger termer og definisjoner fra «NS-EN ISO31000 Retningslinjer for risikostyring» dersom ikke annet er spesifisert.

- Sannsynlighet: potensialet for at noe kan skje. Sannsynlighet oppgis for eksempel i andel, hyppighet eller frekvens.
- Konsekvens: mulig resultat av en hendelse. Konsekvensen kan ha positiv eller negativ virkning. Samme hendelse kan få konsekvens for flere områder, for eksempel pasientsikkerhet og arbeidsmiljø.

Fastsetting av sannsynlighet og konsekvens er basert på skjønn og må ikke oppfattes som sanne verdier i matematisk eller juridisk sammenheng.  
Det vil alltid være usikkerhet knyttet til om hendelsene vil inntreffe og hva konsekvensene kan bli.

Risikovurderingen er kun gyldig for den aktuelle problemstillingen og kan ikke uten videre brukes i andre sammenhenger.  
Ny informasjon eller endring i rammebetingelser kan kreve oppdatert vurdering.

## Innledning

<b>Bakgrunn</b>	<p>Grunnlaget for den overordnede risiko- og sårbarhetsvurderingen (ROS-analyse) er forslag til funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF, versjon til høring datert 4.11.2024 med frist 13.12.2024. Hensikten med analysen er å vurdere risikoområder og identifisere risikoreducerende tiltak.</p> <p>Risikovurderingen gjennomføres parallelt med en hørings- og innspillrunde, og har samme tidsfrist. Resultatet av risikoanalysen vil sammen med innspillene legge grunnlag for administrerende direktørs endelige forslag til funksjons- og oppgavefordeling, som legges fram for styret 24. januar 2025.</p> <p>Det er planlagt tre ROS-analyser i arbeidet.</p> <p><b>1. Forsvarlig drift (før vedtak):</b> Analyse av kvalitet i pasientbehandling, beredskap/kapasitet, personellbelastning, bruk av bygg og utstyr, samt økonomi. Denne analysen legger premisser for det endelige løsningsforslaget.</p> <p><b>2. HMS i omstilling (etter vedtak):</b> Analyse av omstillingsprosessens konsekvenser for arbeidsmiljøet med fokus på roller, oppgaver og psykososiale forhold. ROS-HMS gjennomføres i henhold til krav i Arbeidsmiljøloven og Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter.</p> <p><b>3. OU prehospital:</b> ROS-analyse knyttet til prehospital akuttmedisinsk beredskap. Utføres sammen med representanter fra kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal, fastleger og brukerutvalget. Arbeidet pågår og fortsetter utover våren 2025.</p> <p>Dette dokumentet oppsummerer ROS-analyse 1, der risikoområdet er forsvarlig drift.</p> <p>Forsvarlig drift er definert som:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient</li><li>2. Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver</li><li>3. Forsvarlig totalbelastning på personell</li><li>4. Forsvarlig bruk av bygg og utstyr</li><li>5. Forsvarlig økonomi</li></ol> <p>Det etableres én analysegruppe for hvert tema, bortsett fra at forsvarlig totalbelastning inngår i pkt. 2. Antall analysegrupper er derfor fire.</p>
-----------------	--

<b>Mål</b>	Målet er å identifisere risikofaktorer innenfor valgte risikoområder, og foreslå tiltak som kan redusere risiko til et akseptabelt nivå før de foreslåtte strukturendringene iverksettes.		
<b>Avgrensninger</b>	<p>Tidshorisonten for denne analysen er første fase av iverksettelsen og satt til: fram til <b>1. juni 2025</b>. I denne fasen skal overføring av akutt- og døgnfunksjoner forberedes.</p> <p>Forslagene om utredning av rehabilitering i Mosjøen og observasjonspost i Brønnøysund i samarbeid med kommuner og er ikke gjenstand for risikovurdering nå.</p> <p>Risikovurderingen er begrenset til å vurdere mulige konsekvenser som følge av endringer i løsningsforslaget. Sykehusdrift vil til enhver tid ha flere andre risikoaspekter. Dette er ikke en del av denne vurderingen.</p>		
<b>Oppsummering</b>	Viser til saksbehandlers redegjørelse.		
<b>Oppfølging og håndtering av risiko</b>	Oppfølging og håndtering av risiko som risikoanalysen har avdekt ligger til oppdragsgiver å kommentere og følge opp.	Ansvarlig AD	Frist

<b>Beskrivelse av deltakernes roller i analysegruppene:</b>	<p>Oppdragsgiver, fagforeninger og vernetjenesten har oppnevnt representanter til analysegruppene. De har hatt samme rollebeskrivelse i arbeidet.</p> <p>Oppdragsgivers forventning til rolle i arbeidet ble presentert og gjennomgått i første møtet av ROS-arbeidet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppene må søke å være omforente og avstemte om målet om å lage en ROS av løsningsforslaget.</li> </ul>		
---	--	--	--



- Alle deltakerne er fullverdige og likestilte arbeidsgruppemedlemmer som deltar fritt i diskusjonen uavhengig av arbeidsted eller organisatorisk tilhørighet.
- Alle i gruppene, er aktive deltakere og ikke representanter for særinteresser. Deltakerne er oppnevnt med bakgrunn i å sikre en bred kompetanse- og kunnskapsbakgrunn som utgangspunkt for konstruktive diskusjoner med ulike perspektiv som alle er like viktige. Det er lov å ha ulike standpunkt.
- Alle har ansvar for både å dele sin kunnskap og perspektiv, og lytte til de andres.
- Det er lov å skifte standpunkt gjennom prosessen og ingen skal måtte oppleve å få sitert sine synspunkter eller meninger utenfor arbeidsgruppen.
- Alle møter godt forberedt og følger opp sine oppgaver mellom møtene.
- Gruppene kan ha behov for å skaffe seg informasjon, eventuelt konsultere relevante fagmiljøer, før risiko kan vurderes. Risikovurdering utsettes da til neste møte. Arbeidsgruppene er innstilt på at det i noen sammenhenger ikke er mulig å framskaffe objektive data. I slike tilfeller skal beste skjønn utvises.
- ROS skal være en åpen og transparent prosess for å skape tillit både internt og eksternt. Det må drøftes hvilke diskusjoner som forblir i arbeidsgruppene, og hva som kan diskuteres utenfor gruppa. Ved å løfte diskusjoner som ikke er ferdige til det ytre rom, vil det kunne medføre til unødvendig uro som forhindrer en videre konstruktiv dialog. Dette bør det gjøres opp en status for etter hvert møte.
- Framdriftsplanen for første versjon til ROS er stram. Det vil være liten eller ingen mulighet til å endre på møteplanene som er lagt. For sikre nødvendig framdrift må alle deltakerne i arbeidsgruppene prioritere arbeidet foran annet. Det betyr sannsynligvis at andre oppgaver må nedprioriteres i perioden utredningen pågår.

Etter gjennomgangen stilte prosessleder gruppene spørsmål om innsigelser eller kommentarer til punktene. Ingen innsigelser eller kommentarer til punktene ble reist i noen av analysegruppene.

	Navn	Funksjon/Tittel	Klinikk/Fagforening/Vernetjenesten
<b>Deltakere</b>	<b>Analysegruppe 1:</b> Elin R. Grønvik	Oppnevnt av arbeidsgiver/Klinikk sjef	Kirurgisk klinikk

	<p>Ingemar Pedersen Morten Lysholm Steen Adam Awanzo</p>	<p>Oppnevnt av arbeidsgiver /Enhetsleder Oppnevnt av arbeidsgiver /Ortoped Oppnevnt av arbeidsgiver /Enhetsleder</p>	<p>Medisinsk klinikk Kirurgisk klinikk Prehospital klinikk</p>
	<p>Elisabeth Benum</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten/Overlege</p>	<p>Den norske legeforening (DNLF)</p>
	<p>Susanne Thorvaldsen</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Radiograf</p>	<p>Norsk radiografforbund (NRF)</p>
	<p>Lisa Pettersen</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Ambulansearbeider</p>	<p>Delta</p>
	<p><b>Analysegruppe 2:</b> Ole Johnny Pettersen Merete Aufles Jørgen Nilsen Ingrid Bjørkmo</p>	<p>Oppnevnt av arbeidsgiver /Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Avdelingsleder Oppnevnt av arbeidsgiver /Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Radiolog</p>	<p>Medisinsk klinikk Kirurgisk klinikk Prehospital klinikk Medisinsk klinikk</p>
	<p>Elin Merete Pettersen</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Spes. spl.</p>	<p>Norsk sykepleierforbund (NSF)</p>
	<p>Ingeborg Haug Steinholt</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Kirurg</p>	<p>DNLF</p>
	<p>Jan Tore Amdahl</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Sykepleier</p>	<p>Klinikkverneombud Kirurgisk klinikk</p>
	<p><b>Analysegruppe 4:</b> Maria Saltirova Rausandaksel Trond Nilsen Kjell Aslaksen George-Andre Milne</p>	<p>Oppnevnt av arbeidsgiver /Ass. Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Avdelingsleder Oppnevnt av arbeidsgiver /Avdelingsleder Oppnevnt av arbeidsgiver /Avdelingsleder</p>	<p>Drift og Eiendom Drift og Eiendom Drift og Eiendom Drift og Eiendom</p>
	<p>Ida Helene Henriksen</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Bioingeniør</p>	<p>Norges ingeniør- og teknologorganisasjon (NITO)</p>
<p>Hanna Petronella Kristoffersen</p>	<p>Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Sykepleier</p>	<p>Klinikkverneombud Medisinsk klinikk</p>	

	<b>Analysegruppe 5:</b> Elin R. Grønvik Ole Johnny Pettersen Jørgen Nilsen Rune Holm Geir Morten Jensen	Oppnevnt av arbeidsgiver /Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Klinikksjef Oppnevnt av arbeidsgiver /Økonomisjef	Kirurgisk klinikk Medisinsk klinikk Prehospital klinikk PHR HSYK
	Marte Præsteng	Oppnevnt av fagforening og vernetjenesten /Rådgiver	Øvrige akademikere
	May Edel Lund	Oppnevnt fagforening og vernetjenesten /Sykepleier	NSF
	<b>Deltakere i alle analysegruppene:</b>		
	<b>Pål Erik Madsen</b>	<b>Saksbehandler</b>	<b>HSYK</b>
<b>Andreas Ertesvåg</b>	<b>Fasilitator/Seniorrådgiver</b>	<b>Ekstern ressurs fra risikostyringsnettverk i Helse Nord</b>	
<b>Jonas Fougner Engebretsen</b>	<b>Fasilitator/Foretaksadvokat</b>	<b>HR</b>	
<b>Jim Roger Fagerdal</b>	<b>Fasilitator/Prosessleder</b>	<b>Kvalitetsavdelingen, Fagstab</b>	

<p><b>Metode og usikkerhet</b></p>	<p><b>Beskrivelse av oppdrag:</b></p> <p><b>Risikovurdering før tiltak:</b>  Man tenker seg at forslag til funksjons- og oppgavefordeling iverksettes med dagens ambulanskapasitet, dagens bemanning i akuttsykehusene, dagens arealer og utstyr osv. Dette forventes å gi ganske høy risiko på noen områder.</p> <p><b>Risikovurdering etter tiltak:</b>  Tiltakene består i å øke antall ambulanser, øke grunnbemanning i nødvendig grad i akuttsykehusene, gjøre nødvendige tilpasninger i areal osv. Nødvendige kompetansehevende tiltak iverksette. Tiltak må være konkrete og målbare, særlig med tanke på økonomiske konsekvenser. Disse tiltakene forventes å ta ned risiko i den nye risikovurderingen.</p> <p>Analysearbeidet skjer i denne rekkefølgen. Analysegruppene er satt sammen av ulike personer for hvert av stegene i prosessen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient (Risikovurderes av analysegruppe 1)</li> <li>2. Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver, inkludert kapasitet. Denne analysen er premissgivende for personal- og plassbehovene. (Risikovurderes av analysegruppe 2)</li> <li>3. Forsvarlig bruk av bygg og utstyr Denne analysen bygger på resultatet av første analyse. Flere senger krever fortetting, flere eller omrokking av rom. Flere ansatte kan kreve fysiske arbeidsmiljøhevende tiltak osv. (Risikovurderes av analysegruppe 4)</li> <li>4. Forsvarlig økonomi Denne analysen bygger på resultatet av de øvrige. Her oppsummeres resultatet av personellnedtrekk i Mosjøen og oppbemanning i akuttsykehusene, behov for bygg- og utstyrsmessige investeringer.</li> </ol>
------------------------------------	--

(Risikovurderes av analysegruppe 5, men med en annen metodikk enn hos de øvrige analysegruppene. Se nærmere forklaring under.)

**Metodebeskrivelse:** (vedlegg Powerpoint presentasjon)

Fasilitatorene og saksbehandler og koordinator for funksjons- og oppgavefordeling har samarbeidet i faste avklarings- og oppfølgingsmøter før og etter hvert risikoanalyse møte. Målet har vært å tilpasse/optimalisere prosessen fortløpende etter tilbakemeldinger fra analysegruppede medlemmer, sykehusledelsen og utvidet leder møte.

Fire analysegrupper ble etablert for risikoområdene 1,2,4 og 5 i løsningsforslaget for funksjons- og oppgavefordeling.

Gruppene har jobbet ut mål og konkrete kritiske suksessfaktorer (KSF) under hvert risikoområde (forslag forelagt fra fasilitatorer/saksbehandler), og gjort risikovurdering i henhold til retningslinjer og konkret oppdrag. Standard mal for risikovurderinger i Helse Nord har vært benyttet. Helse Nord's kriterier for beskrivelse av sannsynlighet og konsekvens er brukt i vurderingen.

Gjennomføringen av risikoanalyse møtene bestod i stor grad av drøftinger rundt de enkelte mål/krav, gitt KSfer, og hvilke konkrete problemstillinger medlemmene i gruppene antok og så for seg kunne inntreffe tilknyttet den enkelte KSF. Dette sett i lys av risikovurderingens avgrensinger og analysegruppens risikoområde. Vurderingene er gjort med utgangspunkt i gruppenes samlede kunnskap og det beste tilgjengelige datagrunnlaget som var forelagt gruppen.

Når alle KSfer innenfor hvert mål/krav var ansett som ferdigbehandlet spurte prosessleder analysegruppen om den kunne stille seg bak det samlede risikobildet dette målet/kravet viste.

Risikoanalyseprosessen har bestått av totalt ni risikoanalyse møter (tre i analysegruppe 1 og 2, to i analysegruppe 4, og ett i analysegruppe 5).

Etter at risikoanalyseprosessen var gjennomført i analysegruppe 1 og 2 fikk gruppede medlemmene en frist på å komme med innspill og tilbakemeldinger til analysen. (5 dager)

Resultatene fra risikovurderingene for risikoområdene 1 og 2 ble premissgivende for de mål og KSfer som analysegruppe 4 måtte behandle. Fasilitatorene/saksbehandler utarbeidet forslag til disse etter at gitt frist var over.

Usikkerhet knyttet til metodevalg:

- Alle risikoanalyser vil være resultater av subjektive vurderinger, også denne.
- Risikonivåene som fremkommer viser et samlet risikonivå for de utvalgte KSfer hvert mål/krav innehar tilknyttet det risikoområdet som er analysert, ikke uttrykk av enkeltstående KSfers risikonivå.
- Alle avgrensinger som gjøres i en risikovurdering vil potensielt kunne stilles spørsmålstegn til, både av analysegruppemedlemmene og mottakere av risikovurderingen.
- Tidsperspektivet på knappe fem uker til gjennomføring av en slik risikovurdering med mange involverte og stor kompleksitet, vil kunne diskuteres som en usikkerhet for resultatet av risikovurderingen.
- En tilbakemelding innen frist i analysegruppe 1 og 2, angående strykning av mål 3 i risikoområde 1: Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient.
- I etterkant av frist for tilbakemelding har to analysegruppemedlemmer hver for seg meddelt at de tar dissens til risikovurderingen. Dette gjelder analysegruppe 2. Deres begrunnelse var at valget om å benytte grunnbemanning (budsjetterte årsverk) i stedet for å analysere personellsituasjonen ut fra dagens faktiske situasjon ikke støttes. Spørsmålet ble så vidt diskutert under møtet og forklart at grunnbemanning reflekterer det reelle behovet og dermed den beregnede personalbelastningen. Personellsituasjonen vil bli belyst i styresaken. Uenighet i metodevalg etter at analysen er gjennomført får ingen konsekvenser i det videre arbeidet, men synliggjøres.

Først etter at begge møtene i analysegruppe 4 var gjennomført kunne analysegruppe 5 innkalles for å gjøre sin risikovurdering.

Metodikken som har vært brukt til risikovurderingen, risikoområde 5 forsvarlighet i økonomi, har vært annerledes enn i de tre andre analysegruppene. Det ble ikke benyttet et tradisjonelt skjema for å vurdere sannsynlighet og konsekvens som i de andre gruppene. Til dette risikoområdet var det mest hensiktsmessig å gjennomgå tiltenkte økonomiske effekter til løsningsforslaget. Det være seg investeringskostnader, årlige økte driftskostnader og årlige reduserte driftskostnader.

Arbeidet i denne analysegruppen gikk ut på å avklare og kvalitetssikre på best mulig måte at alle berørte økonomiske aspekter/momenter blir tatt med i den økonomiske beregningen. Samtidig som det ble avdekt hvilke aspekter/momenter som hadde størst økonomisk usikkerhet/risiko.

Konkret tallmateriale som var innhentet fra tidligere forarbeider/analyser, samt beregninger gjort etter innspill fra de andre risikovurderinger i denne prosessen, fikk analysegruppen presentert for å gi innspill/korrigeringer til. Beregningsgrunnlaget blir dokumentert i eget dokument, men dette arbeidet fortsatte etter at analysegruppen hadde etablert metoden. Videre økonomiske beregninger ble gjort i et samarbeid mellom koordineringsgruppen, klinikkjefene og økonomiavdelingen. Videre en vurdering av risikoene knyttet til beregningene. I dette arbeidet var ikke representantene oppnevnt av fagforening og vernetjenesten involvert.

Usikkerheter knyttet spesifikt til denne risikovurderingen:

- Det var behov for en grundigere økonomisk analyse av flere momenter.
- Viktig å kvalitetssikre at de ulike økonomiske aspektene følger samme prinsipp (eks. regnskapstall vs. budsjettall).

## Risikovurdering:

Risiko- og konsekvensskala risikoområde 1, 2 og 4

## Sannsynlighetsskala:

Felles skala for Helse Nord er brukt.

Type	1 Svært liten	2 Liten	3 Middels	4 Stor	5 Svært stor
Tidsavgrensede mål (strategiske mål, styringsmål, prosjekt)*	Estimert 0-10 % sannsynlig i perioden	Estimert 10-35 % sannsynlig i perioden	Estimert 35-65 % sannsynlig i perioden	Estimert 65-90 % sannsynlig i perioden	Estimert 90-100 % sannsynlig i perioden
Hjelpetekst/ kvalitativ vurdering	Blir svært overrasket om det skjer	Antar at det ikke vil skje	Kan skje (like sannsynlig at det skjer som at det ikke skjer)	Antar at det vil skje	Blir svært overrasket om det <b>ikke</b> skjer

## Konsekvensskala:

Felles skal for Helse Nord er brukt.

Merk: Gruppe 1 og 2 har brukt skalaen "Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbud" og gruppe 4 skalaen "Mål".

Konsekvens område	1 Ubetydelig	2 Lav	3 Middels	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig/kritisk
----------------------	-----------------	----------	--------------	---------------	-----------------------------



Kvalitet og kapasitet i tjenestetilbudet	Ingen eller ubetydelig kvalitetssvekkelse, skader og/eller prognosetap for pasienter	Mindre kvalitetssvekkelse, skade og/eller prognosetap for et lite antall pasienter	Moderate kvalitetssvekkelse, skader og/eller prognosetap for et betydelig antall pasienter	Alvorlig kvalitetssvekkelse, skade og/eller prognosetap for et betydelig antall pasienter	Alvorlig kvalitetssvekkelse, skade og/eller prognosetap og/eller tap av liv for et stort antall pasienter
Mål	Ingen eller ubetydelig påvirkning på fastsatte mål (innen frist)	Liten påvirkning på fastsatte mål (innen frist)	Usikkerhet om fastsatte mål kan oppnås (innen frist)	Fastsatte mål kan trolig ikke oppnås (innen frist)	Fastsatte mål kan ikke oppnås (innen frist)

## Oppsummert Risikoområde 1: Forsvarlig kvalitet i behandlingen av den enkelte pasient

### Samlet risikovurdering - målnivå

Mål / krav:	Målnr	Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak		
		Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
God pasientbehandling prehospitalt ved forlenget avstand til akuttstusykehus	M 1	2	3	Middels	1	3	Middels
God pasientbehandling i akuttstusykehusene etter overføring av akutt- og døgnfunksjoner	M 2	4	2	Middels	2	2	Lav

God pasientbehandling på dagtid i Mosjøen etter at akutt- og døgnfunksjoner er overført	M 3	Mål utgår som konsekvens av avgrensinger gjort i denne ROS.
Etablere slagalarm i Mosjøen	M 4	Mål overført til risikoområde 4, mål 10

**Komplett liste over KSF (kritiske suksessfaktorer) som er behandlet under risikoområdet:**

- Kompetanse hos ambulanspersonell
- Omforente behandlings-prosedyrer med legevakt
- Klare ansvarsforhold
- Klare prosedyrer for destinasjon av slagpasienter
- Andre akutte problemstillinger
- Standardiserte behandlingsprosedyrer hele HSYK
- Personell har kompetanse i gjeldende prosedyrer
- Tilstrekkelig sykepleiekompetanse i intensivavd. MIR/SSJ
- LIS skal ha gode utdanningsløp i med. klinikk MIR/SSJ
- LIS skal ha gode utdanningsløp i kir. klinikk SSJ
- Vaktgående kirurger i Sandnessjøen kan håndtere urologi etter døgnoperasjoner
- Operasjonsteam MIR/SSJ er trent i annen akuttkirurgi

**Komplett liste over KSF (kritiske suksessfaktorer) som er tatt opp, men strøket p.g.a avgrensing under risikoområdet:**

- Klare prosedyrer for destinasjon av traumepasienter
- LIS skal ha gode utdanningsløp i kir. klinikk MIR
- Urolog utfører døgnoperasjoner i Sandnessjøen
- Operasjonsteam MIR/SSJ er trent i hemostatisk nødkirurgi
- Opprettholde kompetanse på alle nå-værende poliklinikker
- Opprettholde kompetanse i dagkirurgi
- Kompetent og allsidig skadepoliklinikk

- Medisinsk poliklinikk tilbyr ØHJ
- God seleksjon av dagkirurgiske pasienter

## Oppsummert Risikoområde 2: Forsvarlig beredskapsnivå ut fra foretakets ansvar og oppgaver, inkludert kapasitet

Samlet risikovurdering - målnivå							
		Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak		
Mål / krav:	Målnr	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
Sikre forsvarlig beredskap og ambulanskapasitet Vefsn, Grane og Hattfjelldal	M 1	4	4	Høy	1	2	Lav
Riktig antall plasser og grunnbemanning i akuttmottakene MIR og SSJ	M 2	2	2	Lav	1	2	Lav
Riktig antall senger og grunnbemanning i intensivavdelingene MIR og SSJ	M 3	3	3	Middels	2	3	Middels
Riktig antall senger og grunnbemanning i sengepostene MIR og SSJ	M 4	4	3	Middels	2	3	Middels

Riktig grunnbemanning i laboratoriene MIR og SSJ	M 5		4	2	Middels	1	2	Lav
Riktig grunnbemanning i radiologisk avd. MIR og SSJ	M 6		2	2	Lav			
Riktig grunnbemanning i rehabiliteringsposten SSJ for at posten kan holde åpent hele året	M 7		2	3	Middels			
Riktig grunnbemanning i poliklinikkene MIR og SSJ	M 8		1	1	Lav			
Riktig grunnbemanning i operasjonsavd. MIR og SSJ	M 9		3	2	Lav	1	1	Lav
Riktig legebemanning for å sikre med. vaktlinje MIR og SSJ	M 10		1	3	Middels			
Riktig legebemanning for å sikre kir. vaktlinje SSJ	M 11		1	3	Middels			
Riktig grunnbemanning operasjonsavd. Mosjøen	M 12	*						
Riktig grunnbemanning anestesi og recovery Mosjøen	M 13	*						
Riktig grunnbemanning i poliklinikkene Mosjøen	M 14	*						

Riktig grunnbemanning i lab og radiologisk avd. Mosjøen	M 15	*					
---	------	---	--	--	--	--	--

\*Mål 12-15 utgikk for dette risikoområdet etter diskusjon i analysegruppen. Dette grunnet usikkerhet knyttet til fremtidig dimensjonering av pasienttilbudet i Mosjøen.

**Komplett liste over KSF (kritiske suksessfaktorer) som er behandlet under risikoområdet:**

- Tilstrekkelig antall ambulanser i vakt
- Nye ambulansearbeidere ansatt innen 1.6.2025
- Akuttmottak MIR/SSJ har nok plasser
- Akuttmottak MIR/SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Intensiv MIR/SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Intensiv MIR/SSJ har nok senger
- Med sengepost MIR/SSJ har nok senger
- Med sengepost MIR/SSJ har nok grunnbemanning
- Kir sengepost SSJ har nok senger
- Kir sengepost SSJ har nok grunnbemanning
- Lab MIR/SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Radiologi MIR/SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning radiograf
- Radiologi MIR/SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning radiolog
- Tilstrekkelig antall leger
- Tilstrekkelig grunnbemanning pleiepersonell
- Poliklinikkene MIR/SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Opr avd, SSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Tilstrekkelig antall medisinske overleger MIR/SSJ
- Tilstrekkelig antall medisinske LIS MIR/SSJ
- Tilstrekkelig antall kirurgiske overleger SSJ
- Tilstrekkelig antall kirurgiske LIS SSJ

**Komplett liste over KSF (kritiske suksessfaktorer) som er tatt opp, men strøket p.g.a avgrensing under risikoområdet:**

- Kir sengepost MIR har nok senger
- Kir sengepost MIR har nok grunnbemanning
- Opr avd, MIR har tilstrekkelig grunnbemanning
- Urolog utfører døgnoperasjoner i MiR/SSJ
- Tilstrekkelig antall kirurgiske overleger MIR
- Tilstrekkelig antall kirurgiske LIS MIR
- Opr avd. MSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Anestesi og recovery MSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Poliklinikkene MSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Lab MSJ har tilstrekkelig grunnbemanning
- Radiologi MSJ har tilstrekkelig grunnbemanning

## Oppsummert Risikoområde 4: Forsvarlig bruk av bygg og utstyr

Samlet risikovurdering - målnivå							
		Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak		
Mål / krav:	Målnr	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-nivå
Egnede fasiliteter for ambulansetjenesten i Mosjøen	M 1	4	4	Høy	2	3	Middels
Egnede lokaler i akuttmottakene MIR og SSJ	M 2	2	2	Lav	1	1	Lav

Egnede lokaler i intensivavd. MIR og SSJ	M 3	2	2	Lav	1	1	Lav
Egnede lokaler i sengepostene MIR og SSJ	M 4	3	3	Middels	2	2	Lav
Egnede operasjonsstuer i MIR, SSJ og MSJ	M 5	2	2	Lav	1	2	Lav
Generelt velholdte og innbydende lokaler i SSJ	M 6	*					
Egnet CT i MSJ	M 7	5	4	Høy	1	4	Middels
Egnet MTU til to nye ambulanser i MSJ	M 8	4	2	Middels	1	2	Lav
Operasjonsutstyr som tillater urologiske både i SSJ og MSJ	M 9	*					
Egnet kommunikasjonsutstyr til slagalarm	M 10	4	4	Høy	1	4	Middels

\*Mål 6 og 9 utgikk for dette risikoområdet etter diskusjon i analysegruppen. Grunnet risikovurderingens avgrensning.

**Komplett liste over KSF (kritiske suksessfaktorer) som er behandlet under risikoområdet:**

- Midlertidige fasiliteter for 1 døgnambulansse med bemanning innen 1.5.25
- Ytterligere midlertidige fasiliteter for 1 dagambulansse med bemanning innen 1.6.25
- Kontrakt for bygging av ny ambulanssestasjon for 3 døgn- og 1 dagambulansse signert innen 1.5.25

- 
- Kontrakt for bygging av ny ambulansestasjon i eksisterende bygningsmasse i sykehuskroppen i Mosjøen.
  - Tilstrekkelige egnede lokaler i akuttmottak MIR/SSJ
  - Tilstrekkelige egnede lokaler i intensiv MIR/SSJ
  - Tilstrekkelig egnede lokaler i med. sengepost MIR/SSJ
  - Tilstrekkelig egnede lokaler i kir. sengepost SSJ
  - 3 egnede operasjonsstuer i MSJ
  - 5 egnede operasjonsstuer i MIR/SSJ
  - CT som i Brønnøysund som kan fjernstyres på plass i MSJ innen 1.6.25
  - Kommunikasjons-utstyr installert innen 1.6.25
  - Nødvendig MTU i 2 ambulanser anskaffet innen 1.5.25
  - Nødvendig dublering av operasjonsutstyr
  - Kommunikasjons-utstyr installert innen 1.6.25

**Komplett liste over KSF (kritiske suksessfaktorer) som er tatt opp, men strøket p.g.a avgrensing under risikoområdet:**

- Tilstrekkelig egnede lokaler i kir. sengepost MIR
- Generell oppussing for å øke trivsel for pasienter og ansatte

## **Oppsummert Risikoområde 5: Forsvarlig økonomi**

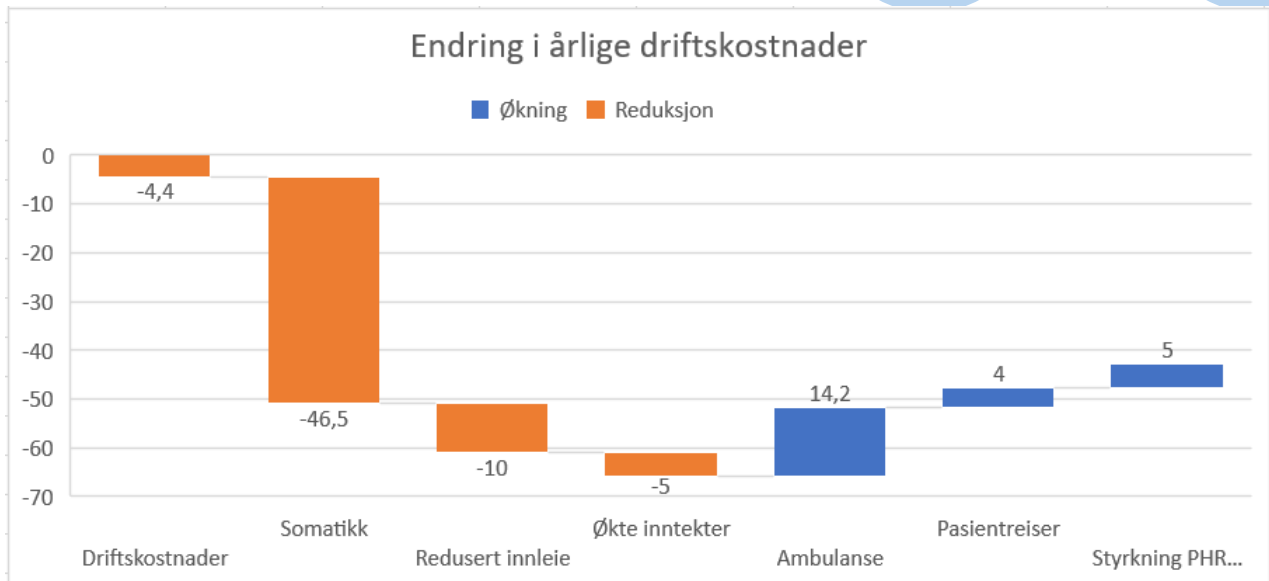
Se vedlegg 5, beregninger.



## Vedlegg 5. Økonomiske effekter av løsningsforslaget

Det har vært en forutsetning at ny funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset skal gi en struktur som lar seg bemanne, sikrer god kvalitet i tjenestene og gi en bærekraftig økonomi. I saksbehandlingen av saken har dette vært en overordnet føring. ROS-analysen av forsvarlig drift ga en avklaring av sengebehov, grunnbemanning og nødvendige arealmessige tilpasninger. Det er deretter i samarbeid med økonomiavdelingen, klinikksjefene og drift og eiendom, gjort mest mulig detaljerte beregninger av økonomisk effekt.

Identifisert økonomisk effekt er beregnet til 42,7 mill.kr årlig og beskrives nærmere under.



En nærmere spesifisering av grafen ovenfor, vises i tabell under. Kostnadene er nærmere spesifisert på ulike områder, med beregninger av reduserte og økte kostnader. Reduserte kostnader tilhører i hovedsak reduksjon av tilbud i Mosjøen, med tilsvarende økte kostnader i akuttstusykehusene, prehospital og styrkning innen psykisk helse. I tillegg kommer noen generelle effektiviseringer og andre økte kostnader i henhold til løsningsforslaget.

Økonomisk effekter	Reduserte kostnader	Økte kostnader	Økonomisk effekt
Akutt/intensiv	23.5	12.4	11.1
Sengeposter	23.4	13.0	10.4
Vaktkostnader	11.2	1.0	10.2
Lab og røntgen	6.8		6.8
Generell effektivisering (3-2 døgn og akutt)	8.0		8.0
Redusert innleie	10.0		10.0
Økte inntekter	5.0		5.0
Forvaltning, drift og vedlikehold	1.0		1.0
Tilpasning kapasitet Drift og Eiendom	3.4		3.4
Styrkning PHR poliklinikk		5.0	(5.0)
Ambulanse - bemanning		12.5	(12.5)
Ambulanse - driftskostnader		1.7	(1.7)
Pasientreiser		4.0	(4.0)
<b>Sum</b>	<b>92.3</b>	<b>49.6</b>	<b>42.7</b>

ROS-analysen av forsvarlig drift gir en avklaring av sengebehov, grunnbemanning og nødvendige arealmessige tilpasninger. Vurdering av risiko knyttet til økonomisk effekt relateres til kjente kostnader som er kartlagt og ukjente kostnader som er beregnet og basert på erfaringstall, samt tidligere beregninger. For de kjente kostnadene ligger det en relativt liten risiko knyttet til endringene. Den største risikofaktoren er innenfor bemanning og rekruttering og kostnader knyttet til dette. Dette gjelder blant annet de områdene som skal bemannes opp på akuttsykehusene. Omstillingskostnader er også en risikofaktor som kan påvirke økonomien under implementering og iverksettelse av løsningsforslaget. Både med tanke på redusert effektivitet eller aktivitet under implementering og nye ukjente kostnader.

#### 1. Somatikk:

Økonomisk effekt knyttet til overføring av akutt- og døgnfunksjoner fra Mosjøen til de to akuttsykehusene.

Vaktlag innen indremedisin, kirurgi, anestesi, radiologi og laboratoriemedisin avvikles i Mosjøen. Likeledes avvikles medisinsk sengepost, akuttmottak/intensivavdelingen og døgndrift av den kirurgiske 5-dagersposten. Årlig innsparing knyttet til årsverksreduksjon i Mosjøen beregnes til 64,8 mill.kr. Ved overføringen reduseres antall medisinske senger med fire, og antall intensivplasser reduseres med én kategori 3-seng. På den annen side må grunnbemanning økes i akuttsykehusene for å kunne overta disse oppgavene. Kostnaden knyttet til dette er beregnet til 26,4 mill.kr. Nettoeffekten knyttet til årsverk er altså 38,5 mill. kr.

Antall medisinske sengeposter, akuttmottak og intensivavdelinger reduseres fra tre til to. Det vurderes at dette vil gi diverse driftsmessige effektiviseringsgevinster, uten at alle komponenter kan tallfestes konkret. I prosjekt Nye HSYK steg 1 og i styresak 9-2023 ble dette nøye utredet og estimert til 8 mill.kr. Vi velger å forholde oss til denne vurderingen.

Oppsummert er den økonomiske innsparingseffekten av løsningsforslaget i somatikk beregnet til 46,5 mill.kr.

## 2. Redusert innleie

Helgelandssykehuset leide i 2024 inn helsepersonell i somatikken for ca. 76,3 mill.kr. Dette var innleie over lønnsystemet og fra firma. Det forventes at løsningsforslaget vil redusere innleiebehovet med inntil 10 mill.kr, men dette er på kort sikt beheftet med stor usikkerhet. De ansatte i Mosjøen skal etter vedtaket i Helse Nord 24. februar 2025 gjennom en omstillingsprosess, og først etter denne vil en vite hvordan de stiller seg til videre arbeid i Helgelandssykehuset. Dersom mange velger å forlate Helgelandssykehuset, vil behovet for nyrekruttering være stort. Dette vil øke risikoen for å måtte leie inn helsepersonell i akuttisykehusene i en periode.

## 3. Økte inntekter

Løsningsforslaget legger til rette for økte ortopediske dagoperasjoner i Mosjøen og dermed også flere døgnoperasjoner i Mo i Rana. Det vil ha en positiv effekt på ventelistesituasjonen. På sikt kan flere gjestepasienter hentes hjem. Dette gir økte inntekter estimert til 5 mill.kr.

## 4. Prehospitaltjenester

Ambulansetjenesten i Vefsn, Grane og Hattfjelldal skal styrkes. Den årlige kostnadsøkningen inkludert, personalkostnader, teknisk drift og avskrivning av to ambulanser beregnet å bli 13,9 mill.kr. I tillegg må det leies midlertidige stasjonsfasiliteter til disse bilene med personell inntil ny ambulansestasjon er realisert. Estimert årlig kostnad er 300 000 kr.

Pasientreisekostnadene vil øke. Med noen unntak trer retten til refusjon av pasientreise først inn når avstanden til behandlingssted er over 10 km. En rekke pasienter fra Vefsn vil altså få økte rettigheter. I tillegg øker avstanden til akuttisykehus og poliklinikk kveld, natt og helger. Erfaringsmessig benyttes taxi i ganske stor grad på Helgeland. Fratrukket egenandel, estimeres årlig kostnadsøkning for pasientreiser til 4 mill.kr.

Oppsummert er den kostnadsøkningen knyttet til styrking av ambulansetjenesten og pasientreiser, beregnet til henholdsvis 14.2 og 4 mill.kr.

## 5. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling:

Merkostnaden ved å styrke poliklinikk med fire stillinger årlig i fire år beregnes til 5 mill.kr pr. år. Det er 6 mill.kr i personalkostnader fratrukket 1 mill.kr i redusert innleie. Finansiering av denne styrkingen må avklares, da den økonomiske situasjonen i foretaket gjør det vanskelig å bære merkostnaden uten at det går ut over andre tilbud.

Finansiering av en lukket psykiatrisk akutenhet krever en egen utredning i samarbeid med Helse Nord RHF. Investeringskostnader er estimert til omkring 200 mill.kr i dialog med Sykehusbygg, og driftskostnader er estimert til 33 mill.kr, pluss sosiale omkostninger. Den økte driftskostnaden forutsettes kompensert gjennom oppdatering av Helse Nord's inntektsfordelingsmodell av basisrammen. Saken er nærmere beskrevet i kap. 9.

Dersom en lukket psykiatrisk akutenhet blir realisert i Mo i Rana, vil kostnadene knyttet til ambulanseoppdrag og innleie av politiledsagere reduseres, beregnet til 5 mill.kr.

#### 6. Tilpasning av Drift og Eiendom - Mosjøen (FDV)

Som en del av funksjons- og oppgavedelingen flyttes døgntjenester fra Mosjøen til Mo i Rana og Sandnessjøen. Dette krever tilpasning av Drift og Eiendom sine tjenester, inkludert bygningsmasse, teknisk drift, renhold, logistikk, medisinsk-teknisk utstyr, IKT og kontortjenester, for å møte de endrede behovene.

Tilpasningene skal sikre effektiv ressursutnyttelse, redusere kostnader og opprettholdelse av høy kvalitet i tjenesteleveransene. Planen innebærer kartlegging og behovsdefinering, justering og tilpasning fra februar 2025, evaluering av tjenestene, og til slutt full drift under ny struktur.

Effektiviseringsgevinster vil bli beregnet og gjennomført basert på klinikkenes behov, samtidig som tjenestene tilpasses for å støtte de nye leveransene på en kostnadseffektiv og målrettet måte.

Reduserte kostnader knyttet til FDV er estimert til 1 mill.kr, mens reduserte kostnader i forbindelse med tilpasning av kapasitet ved Drift og Eiendom er estimert til 3,4 mill.kr.

#### 7. Omstillingskostnader:

Overgang til ny struktur vil gi noen nye kostnader. En forutsetning for at akutt- og døgntjenester overføres fra Mosjøen er at opptrapping av beredskap er gjennomført både pre- og inhospitalt.

Ambulansetjenesten må ha gjennomført opprustingen på det tidspunktet akutt- og døgntjenester overføres fra Mosjøen. Rekruttering og utsjekk av personell til to ekstra ambulanser starter tidlig i 2025. Opptrappingsplanen innebærer at styrking av ambulansetjenesten i Hattfjelldal iverksettes 6 måneder før omstillingen, kostnad 0,6 mill.kr. Personell til døgnambulansen planlegges å være ansatt 2 måneder før omstillingen, kostnad 1,5 mill.kr. Personell til dagambulansen planlegges å være ansatt 1 måned før omstillingen, kostnad 0,3 mill.kr. Totalt er omstillingskostnadene for ambulansetjenesten anslås i 2025 til 2,4 mill.kr.

Overføring av pasienter til akuttsykehusene krever ansettelse av personell der, og disse må være på plass og ferdig opplært innen omstillingen. Årlig personalkostnad er beregnet til 26,4 mill.kr. Det legges til grunn av denne bemanningen må være på plass en måned før omstillingen iverksettes. Kostnad er anslått til 2,2 mill.kr.

I implementeringsfasen er det nødvendig å støtte berørte kliniksjefer med ett legeårsverk og lederstøtte. Dette beregnes å ha en kostnad totalt på 2,5 mill.kr.

I forbindelse med gjennomføring av strukturarbeidet vil det medføre en risiko for at foretaket får redusert aktivitet og eller øvrige omstillingskostnader. Dette kan medføre økte kostnader som estimeres til 5,0 mill.kr.

Oppsummert beregnes omstillingskostnader til 12,1 mill.kr.

## 8. Investering knyttet til arealtilpasninger og utstyr

Omstillingen medfører noen investeringer knyttet til arealtilpasninger og utstyr. Her skilles det mellom investeringer som må gjøres og som er en forutsetning for omstillingen og investeringer som i prinsippet kan utsettes, men som anbefales utført i forbindelse med omstillingen.

Intensivavdelingen i Mo i Rana må utvides med to rom, beregnet til 1 mill.kr. Utføres i 2025.

For å kunne gjennomføre slagalarm i Mosjøen med fjernstyrt CT, må det anskaffes en ny CT med samme modalitet som CT i Brønnøysund. Inkludert montering er investeringen beregnet til 10,7 mill.kr. Nødvendig kommunikasjonsutstyr til CT i Mosjøen må anskaffes samtidig og har en kostnad på 250 000 kr. Utføres i 2025.

Innen urologi er det foreslått overføring av døgnekirurgi til Sandnessjøen, men inntil videre dagkirurgi i Mosjøen. Noe operasjonsutstyr må da dubleres og må anskaffes i 2025. Dette er foreløpig grovt beregnet til ca. 10 mill.kr.

Det må anskaffes ny ambulansestasjon i Mosjøen. Det er vedtatt 5 mill.kr til prosjektering i investeringsbudsjettet 2025 og foreslått 30 mill.kr i 2026.

Anbefales:

Siden det satses på dagkirurgi i Mosjøen, er det behov for generell oppussing av fløy B og operasjonsstuer samt montering av takpendler, beregnet til 4,2 mill.kr. Dette anbefales utført i 2025.

I Sandnessjøen er det gjennomført få tiltak som ivaretar trivsel. Overflatene på deler av arealene våre er slitte og i umoderne mørke farger. Når nå ny struktur legges, bør det være tilgjengelige midler til å etablere mer innbydende lokaler som skal fremme trivsel og velvære for pasienter og ansatte. Investeringsbehovet beregnes til kr. 3,0 mill.kr. Dette anbefales utført i 2025 – 2026.

Oppsummert er investeringsbehovet for bygg og utstyr som må utføres 57 mill.kr. og som anbefales utført 7,2 mill.kr, oppsummert i tabell under:

Investeringer (tall i mill.kr)	Må gjøres	Anbefalt
Intensivavdeling	1,0	
Fjernstyrt CT	10,7	
Kommunikasjonsutstyr CT	0,3	
Urologi (div utstyr)	10,0	
Ambulansestasjon MSJ	35,0	
Oppussing MSJ		4,2
Oppussing SSJ		3,0
<b>Sum investeringer</b>	<b>57,0</b>	<b>7,2</b>

## 9. Økonomi knyttet til forslag som skal utredes videre

### Etablering av psykiatrisk akuttenehet

Helse Nords fordeling av basisramme til Psykisk helsevern og rus, fordeles gjennom en egen inntektsfordelingsmodell for disse tjenestene. Inntektsfordelingsmodellen er bygd opp av ulike elementer basert på behov, mobilitet og øremerkede midler. Ved opprettelse av akuttenehet ved Helgelandssykehuset må dagens inntektsfordelingsmodell oppdateres og endres. I dagens modell overføres midler til Nordlandssykehuset, som har ansvaret (aktiviteten) for akutttilbud for pasienter fra Helgelandssykehuset. I tillegg får Nordlandssykehuset et basistilskudd for å ha funksjonen akuttenehet for Helgelandssykehuset. Mobilitetskomponenten gir en omfordeling av midler på ca. 18,0 mill.kr i for aktiviteten som Nordlandssykehuset utfører for Helgelandssykehuset. Siden inntektsfordelingsmodellen er bygget opp av flere elementer, er det ikke mulig å si eksakt hvor mye midler som vil styres til Helgelandssykehuset hvis det etableres en akuttenehet. Et foreløpig estimat på endring av inntektsfordelingsmodellen viser at Helgelandssykehuset kan forvente ca. 25,0 mill.kr ved etablering av tilbudet i eget foretak.

Det er viktig ved etablering av akuttenehet at denne fullfinansieres og ikke går på bekostning av allerede etablerte tilbud. Noen av høringsuttalelsene uttrykker nettopp en slik bekymring. Driftskostnader til sengeenheten er beregnet til å utgjøre omtrent 33 mill.kr. uten sosiale kostnader. Eventuelle kapitalkostnader eller intern husleie jamfør intern husleiemodell er ikke tatt med i beregningen. Etableringskostnader er heller ikke tatt med.

### Styrking av rehabiliteringsfunksjonen

Saken har to elementer. 1) styrking av rehabiliteringstilbudet for pasienter som trenger innleggelse i akuttpsykehus (Sandnessjøen) og 2) etablering av en rehabiliteringsfunksjon i Mosjøen i samarbeid med kommunene. Økonomiske konsekvenser synliggjøres som en del av utredningen.

### Etablering av en observasjonspost ved DMS Brønnøysund

Saken skal utredes i samarbeid med kommunene. Økonomiske konsekvenser synliggjøres som en del av utredningen.

# List of Signatures Page 1/1

Styresak 2/2025  
Vedlegg 6

## Drøftingsprotokoll Funksjons- og oppgavedeling 150125.pdf

Name	Method	Signed at
Nielsen, Lena Elisabeth	BANKID	2025-01-16 15:57 GMT+01
Benum, Elisabeth Kristiansen	BANKID	2025-01-16 15:43 GMT+01



This file is sealed with a digital signature. The seal is a guarantee for the authenticity of the document.

External reference: 8CD5D07BBF854A509C326C9A9BF9CCE8



## Drøftingsprotokoll Funksjons- og oppgavefordeling

Møtetype	Drøfting FTV	
Møtedato	15.01.2025 kl. 09.00 - 13.00	
Møtested	Teams	
Inviterte		Tilstede
	Ronny Karlsen, Delta	X
	Elisabeth Benum, DNLF	X
	Eilin Andvord Søbstad, YLF	X
	Elisabeth Sandhei, NITO (vara)	X
	Fredrik Aas Albertsen, Fagforbundet	X
	Gro-Elin T. Olsen, Parat	X
	Hallvard Forsbakk, El & It	
	Marte Præsteng, Øvrige akademikere	X
	Kristin Wirum, NRF	X
	Marthe Neshagen, NFF	X
	Morten Jensen, NSF	X
	Mette Sevaldsen, NPF	X
	Malin Åkerøy, Ergoterapeutforbundet	
	Trine Helland Solbu, DNJ	X
	Karoline Lorentsen, FO	X
	Silje Sørensen Thunes, Forskerforbundet	X
	Hege Kristoffersen-Sund, FVO	X
	Lena E. Nielsen, AD (Arbeidsgiver)	X
	Trine Håjen Gretesdotter, HR-sjef (Arbeidsgiver)	X
	Pål Madsen, saksbehandler (Arbeidsgiver)	X
	Sturla Ditlevsen, saksbehandler (Arbeidsgiver)	X
	Rune Holm, saksbehandler (Arbeidsgiver)	X
	Terje Kolsvik, rådgiver HR (Arbeidsgiver)	X

Med henvisning til dialogmøte mellom arbeidsgiver og foretakstillitsvalgte og –verneombud 7. januar ble anmodningen om at klinikktillitsvalgte og klinikkverneombud fikk delta på medlytt imøtekommet. Fra arbeidsgiver deltok flere fra sykehusledelsen på medlytt.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.



### **Grunnlag for drøftinger:**

Saken drøftes etter hovedavtalens § 30 og § 31 og Aml § 8-1.

Følgende dokument var vedlagt saken for drøfting:

- Styresak XX-2025: Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF
- Vedlegg 1 Funksjons- og oppgavedeling i Helgelandssykehuset løsningsforslag
- Vedlegg 2 PUK
- Vedlegg 3 Høringsuttalelser - vurderinger
- Vedlegg 4 ROS-analyse løsningsforslaget - forsvarlig drift
- Vedlegg 5 Økonomiske beregninger

Saken med vedlegg ble sendt til foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud 7 dager før drøfting, 8. januar 2025.

Det ble gjennomført et dialogmøte med foretakstillitsvalgte og -verneombud om saken 10. januar 2025

14. januar 2025 ble det sendt en oppdatert versjon av Styresak XX-2025 og Vedlegg 5.

### **Drøfting:**

**Saksbehandler** Pål Madsen (PM) og AD Lena Nielsen (LN) presenterte saken på vegne av arbeidsgiver.

Arbeidsgiver v/PM innledet med en gjennomgang av endringene fra versjon av 8. januar og 14. januar.

Utover de endringene som er blitt gjort forutsatte arbeidsgiver at tillitsvalgte var kjent med saken.

Arbeidsgiver v/PM redegjorde for bakgrunn til saken med strukturvedtaket fra 27. januar 2020, foretaksprotokoll i Helse Nord av 3. juli 2024 og foretaksprotokoll i Helgelandssykehuset av 30. august 2024, samt mandat gitt i styremøte i Helgelandssykehuset 11. september 2024.

PM og LN redegjorde for dilemmaer rundt personell og innleiebehov, avstand til akuttsykehus, forutsigbare pasientsløyfer, pasientgrunnlag og investeringsbehov.

Administrerende direktør mener at det foreliggende løsningsforslaget gir best bærekraft, oppfyller helseministerens strukturvedtak, Helse Nord's oppdrag til Helgelandssykehuset samt de føringer som eget styre ga i mandatet. Gitt rammebetingelsene vurderes alternative løsningsforslag å medføre lavere økonomisk effekt og/eller høyere risiko knyttet til gode tjenestetilbud ved alle fire lokalisasjonene.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Arbeidsgiverrepresentantene svarte ut spørsmål underveis i drøftingen. Arbeidsgiver jobber videre med saken og vedtakspunktene også basert på innspill i drøftingen frem til publisering 17. januar.

Drøftingsmøtet ble avsluttet med oppsummering med hvilke organisasjoner som berammet protokolltilførsel for å skriftliggjøre innspillene og syn med tanke på løsningsforslaget.

Frist for protokolltilførsler ble satt til torsdag 16.1 kl. 12.00. De vil følge protokollen som vedlegg nedenfor.

#### **Tidsplan og beslutning:**

Saken sendes til styret i Helgelandssykehuset HF 17. Januar 2025 og besluttet i styremøte 24. Januar 2025 før oversendelse til Helse Nord innen frist 1. februar 2025

#### **Innspill fra tillitsvalgte:**

Innspill underveis i møtet ble notert og svart ut fortløpende, med bakgrunn i Styresaken og vedleggene. Organisasjonene står samtidig fritt til å presisere sine synspunkter i protokolltilførsler som følger saken.

Kort oppsummert var innspill og spørsmål underveis i drøftingen i hovedsak knyttet til:

- Interimsfase Mosjøen
- Viktigheten av robuste fagmiljø
- Rekruttering og bemanning
- Styrking av prehospitale tjenester
- Risiko ved flytting av urologi fra Mosjøen til Sandnessjøen
- Slagalarm og radiograf i vakt i Mosjøen
- Betydningen av de mindre fagmiljøene (terapeuter og lignende) i pasientsløyfa
- Standarden på ulike bygg i Helgelandssykehuset i et HMS-perspektiv
- Akuttenhet i psykiatri: rekruttering, kostnad og behov
- Intensivkapasitet

#### **Signering av protokoll**

Elisabeth Benum, FTV DNLF, signerer protokollen på vegne av organisasjonene

---

Lena Nielsen, AD

---

Elisabeth Benum, FTV DNLF

Vedlegg: Protokolltilførsler



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
8CD5D07BBF854A509C326C9A9BF9CCE8

## Vedlegg: Protokolltilførsler Drøfting Funksjons- og oppgavefordeling 15.01.2025

### Protokolltilførsel fra Norsk Psykologforening 16.01.25:

NPF har kommet med høringsvar i den interne høringsrunden der vi beskrev vår bekymring for at det skal opprettes en lukket psykiatrisk akuttpost godkjent for tvang. Helgelandssykehuset har pr i dag vanskeligheter med rekruttering av, og beholde, bl.a overleger som er en yrkesgruppe en slik døgnpost vil være avhengig av. Rapporten fra 2022 viser til statistikk for utlysninger og ansettelser at det er spesielt vanskelig å rekruttere spesialister. Rapporten beskriver at denne utfordringen ses på tvers av lokasjoner. En stabil 24-7 vaktordning vil være mest krevende å få til, noe som en døgnpost godkjent for tvang er helt avhengig av. Gitt at den økonomiske situasjonen i både Helgelandssykehuset og Helse Nord fortsetter i denne retningen, fremstår det altfor usikkert om kostnaden av å opprette en slik post vil bli for stor. Det er bekymringsfullt dersom kostnaden av å opprette et nytt tilbud på denne måten vil kunne gå utover de allerede eksisterende tilbudene vi har pr i dag. Dersom en får en ustabil vaktordning, med mye vakanser, vil kostnaden bli enormt stor for foretaket. I tillegg vil det faglige tilbudet heller ikke være godt nok uten en stabil vaktordning.

NPF ber om at beslutning om opprettelse av lukket psykiatrisk akuttpost godkjent for tvang utsettes og at det gjøres et grundigere forarbeid først.

På vegne av Norsk Psykologforening

Mette Sevaldsen

Foretakstillitsvalgt, psykologspesialist

---

### Protokolltilførsel fra Nito 16.01.25:

Overføring av pasienter til akuttsykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen vil medføre økt aktivitet for laboratoriene. Det er beskrevet at overføringen vil kreve ansettelse av pleiepersonell, men annet helsepersonell er ikke nevnt. Økt aktivitet for laboratoriene vil påvirke arbeidsmengden hele døgnet og spesielt på vakt/helg når laboratoriene ofte er bemannet med en bioingeniør alene. Det har i tidligere prosesser vært lagt opp til å omplassere bioingeniører fra Mosjøen til Sandnessjøen, men i



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
8CD5D07BBF854A509C326C9A9BF9CCE8

denne prosessen er det ikke nevnt og det kan bli behov for ansettelse både i Sandnessjøen og Mo i Rana. Det er planlagt videre drift i Mosjøen på dagtid, spesielt med tanke på blodbank og produksjon. Trombocytproduksjon for Helgelandssykehuset er noe vi ønsker å starte med og det må avklares hvilket sykehus som skal ha den funksjonen. Det vil kreve ressurser som må planlegges med fremover. Økt poliklinisk aktivitet vil øke aktiviteten på dagtid i Mosjøen. Dette kan medføre behov for bioingeniører på jobb utover normalarbeidstid. I vedlegg 2, Personell, utdanning og kompetanse, Rammebetingelser – Tid for handling står det spesifisert at «Den medisinske utviklingen, mer bruk av avansert utstyr og økende krav til pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten, er drivere for ytterligere spesialisering.» Det stilles spørsmål til hvorfor det ikke er fokus på investering i automasjon innenfor blodbank, spesielt når dette er en stor utfordring med tanke på tidsaspekt når man er alene på vakt og det oppstår samtidighetskonflikter som har stor innvirkning på pasientsikkerhet og kvalitet. Før det blir implementert ny CT i Mosjøen så må radiograf være til stede for å gjennomføre undersøkelsen – er det tenkt på hvilke andre yrkesgrupper som er nødvendig her? Bioingeniører er pr i dag en del av slagalarm-teamet.

Ida Henriksen FTV NITO

---

#### Protokolltilførsel fra Den Norske Jordmorforening (DNJ) 16.01.25:

*Dette fremgår pr. 08.01.25 i vedlegg 1 Funksjons- og oppgavedeling i HSYK HF i kap. 4.1.1 (kirurgiske fagområder): "Siden fødetilbudet ikke skal endres i fire-års perioden til nåværende helse- og samhandlingsplan, gitt forsvarlig tilbud, har ikke fødetilbudet eller gynekologifaget vært gjenstand for vurdering i saksbehandlingen. Det foreslås derfor ikke endringer i disse funksjonene. Det anbefales likevel at kirurgisk klinikk utreder en eventuell intern funksjonsfordeling av gynekologiske inngrep som gjøres sjelden."*

Pr. i dag utføres standard rutineoperasjoner innen gynekologi og fødselsomsorg ved HSYK. I denne sammenheng vil en utredning av en eventuell funksjonsfordeling av sjeldne gynekologiske inngrep være uaktuelt, siden disse pasientene, i tråd med nasjonal veileder, skal henvises for operasjon til et nivå over lokalsykehus. En samling av rutineoperasjoner innen gynekologi til én lokasjon på Helgeland vil føre til at kompetansemålene i gynekologi for LIS3 ved lokasjonen som ikke lengre skal utføre disse ikke kan oppnås. Utdanningsarenaen til LIS3 vil dermed bli svekket og det vil medføre en stor negativ betydning for rekrutteringsevne for både LIS og overleger. I forlengelsen vil dette føre til alvorlige konsekvenser ved at akuttberedskap innen gynekologi og fødselsomsorg ikke vil kunne



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
8CD5D07BBF854A509C326C9A9BF9CCE8

oprettholdes ved begge lokasjoner.

Trine Solbu Helland, FTV DNJ

---

Protokolltilførsel fra Delta16.01.25:

Ftv i Delta mener at fordelingen av pasienter fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal er utfordrende slik det står i saksdokumentet. Delta anser at det kan være en farbar løsning på kort sikt, men det bør jobbes med en annen og mer lik fordeling av pasientene på lengre sikt. Vi kan ikke se at forslaget bygger opp om to likeverdige akuttsykehus faglig og ressursmessig.

Bekymringene er følgende:

- Belastningen for ambulansetjenesten vil øke på grunn av lengre reisevei og lengre tid med svært dårlige pasienter. Når det i tillegg legges opp til at avgjørelsen skal tas av ambulanspersonell og legevakt om hvor pasienten skal, vil en så ujevn kapasitet åpne for en drakamp om pasientene og sette ambulanspersonellet i vanskelige dilemmaer.
- Det vises til en styrkning av prehospitaltjenester, uten en nærmere beskrivelse av hva dette innebærer. Det er ønskelig at det utformes en mer beskrivende plan utover innkjøp av biler og ny stasjon i Mosjøen.
- Ved å legge opp til et stort rekrutteringsbehov kun på en lokasjon med dagens utfordringer med å skaffe personell, vil man kunne få betydelig økt innleie for å ivareta oppgavene. Her vil en fordeling mulig være fordelaktig. Også for fremtidig rekruttering og stabilisering.
- I vedtaket skrives det at volum og erfaring er forbundet med kvalitet. En fordeling av pasientene slik det foreslås kan legge til rette for at det ene sykehuset utvikler seg på bekostning av det andre, noe som neppe var intensjonen sett i lys av hva styret i Helgelandssykehuset, styret i Helse Nord RHF og helseministeren har besluttet, og er svært uheldig med tanke på fremtiden og bærekraft.
- Totalberedskapen vil svekkes betydelig dersom fordelingen legger opp til store kapasitetsforskjeller. Med bakgrunn i hendelser den siste tiden kan dette være uheldig.
- På grunn av lengre reisevei, kan pasientsikkerheten utfordres i noen tilfeller.

Vi ønsker at fordelingen ikke ligger fast, men evalueres og utvikles over tid for en bedre balanse.

Omstillingen gjøres primært for å bedre økonomi og bærekraft, og det er derfor rimelig å anta at det vil gis rom for utvikling over tid. Det bemerkes at det ikke foreligger noen utviklings/utbyggingsvisjoner i vedtaksdokumentet utover akuttpsykiatrien.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
8CD5D07BBF854A509C326C9A9BF9CCE8

Vedtaket bærer preg av en permanent løsning for å løse et midlertidig problem.

Ronny Karlsen, Ftv Delta i Helgelandssykehuset

---

Protokolltilførsel fra NSF 16.01.25:

NSF mener at det har vært lagt opp til stor grad av åpenhet og involvering i forberedelsene og utarbeidelse til denne saken. Betrachninger og innvendinger fra tillitsvalgte angående representasjon i råd, grupper og utvalg er både lyttet til og hensyntatt. Opprinnelig tidsplan ble forlenget mtp. høring og innspillsrunden og dette har hatt stor betydning for saken slik NSF ser det. Det har gjennom internettsidene til foretaket og på intranett vært mulig for både ansatte og ander interessenter å følge saken, og dokumenter har vært gjort tilgjengelig så fort som mulig.

NSF mener at forslaget til vedtak som er forelagt tillitsvalgte til drøfting bærer preg av kompromisser, men svarer ut oppdraget gitt av HN og mandatet vedtatt i HSYK i styresak 80-2024.

NSF forventer at ansatte og deres representanter tas med i det videre arbeidet med implementering og effektivering av endelig vedtak når dette foreligger. Dette arbeidet må ha fokus på tilstrekkelig bemanning med rett kompetanse i forhold til endrede oppgaver som følge av omstillingen. Der det er behov for opplæring må denne gis i god tid før implementering.

NSF er svært bekymret for interimfasen og spesielt mtp forsvarlig drift og ivaretagelse av ansatte i Mosjøen før, under og etter effektivering av vedtak

Det er kommet høringsinnspill fra tillitsvalgte ved alle lokasjoner i denne saken og FTV-NSF oppfordrer til å lese disse.

Morten Jensen,  
Foretakstillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund

---

Protokolltilførsel fra Norsk Fysioterapiforbund 16.01.25:

*«Forslaget til funksjonsfordeling i HSYK vil medføre økt aktivitet ved akuttsykehusene, hvor særlig antall pasienter ved medisinsk-/slagenhet, og FMR sengepost forventes å øke. Dette er pasienter*



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

*hvor det er behov for tidlig intervensjon og tett oppfølging av fysioterapeut for best mulig behandlingsutfall. Det må sikres tilstrekkelige ressurser til fysioterapeuter for å kunne ivareta denne oppgaven på en forsvarlig måte, og for å unngå uforsvarlig totalbelastning på personell.*

*Det må vies særlig oppmerksomhet til fysioterapeutstillingene i Mosjøen i interimfasen. Dette er nødvendig for å ivareta både ansatte, og fremtidig pasienttilbud.»*

Med vennlig hilsen

Marthe Neshagen | *Spesialfysioterapeut*

Foretakstillitsvalgt HSYK, Norsk Fysioterapeutforbund

---

Protokolltilførsel fra Forskerforbundet 16.01.25:

*Forslaget til funksjonsfordeling i HSYK vil medføre økt aktivitet ved akuttisykehusene, hvor særlig antall indremedisinske pasienter forventes å øke. Dette er pasienter som ofte henvises og følges tett opp av klinisk ernæringsfysiolog (kef) for best mulig behandlingsutfall. Det må sikres tilstrekkelige kef-ressurser for å kunne ivareta denne oppgaven på en forsvarlig måte, og for å unngå uforsvarlig totalbelastning på personell.*

*Samtidig må det sikres at det er tilstrekkelige kef-ressurser for å ivareta øvrige funksjoner som skal videreføres i Mosjøen som nå. Det er således viktig at vakant kef-stilling i Mosjøen lyses ut raskest mulig etter at omstillingsvedtaket er besluttet for å spesielt kunne ivareta funksjoner som fortsatt skal være der på en forsvarlig måte.*

Med vennlig hilsen

Silje Sørensen Thunes | *klinisk ernæringsfysiolog*

Foretakstillitsvalgt Forskerforbundet

---

Innspill fra Vernetjenesten 16.01.25:

I vernetjenestens høringsvar ble det belyst viktigheten med rett bemanning, tilstrekkelig rekruttering og rett kompetanse/opplæring. De to akuttisykehusene vil få økte pasientstrømmer, som ikke bare fordrer oppbemanning/arealtilpasning for pleiepersonell, men også støttefunksjonene på sykehusene, f.eks lab/røntgen/KSF og personell på Drift og eiendom. Det er også viktig å se på areal og bemanning for akuttmottak og intensiv. Det er knyttet bekymring rundt at økte



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

pasientstrømmer fører til overbelegg og høyt arbeidspress, og en arbeidsbelastning til personell som vil gå ut over forsvarlig arbeidsmiljø og god HMS om det ikke hensyntas. Vi mister ett av tre buffersykehus, og det er dermed viktig at det legges inn kapasitet i begge akutt sykehusene til å være buffer for hverandre.

Endringene i styresaken krever styrket samhandling mellom sykehuslokasjonene, men også internt mellom enhetene. Vernetjenesten ønsker å vie oppmerksomhet til at dette er ett ledelsesansvar, og ved tydelig ledelse har vi større muligheter til å få til dette. Vi må snakke om VÅRE pasienter, ikke mine og dine.

Det må sikres at interimfasen blir så lite sårbar som mulig. Det må sikres tilstrekkelig beredskap både i interimfasen og ved implementering. Vernetjenesten er bekymret for nå-situasjonen i MSJ med tanke på teknisk og medisinteknisk vakt.

Bygg og areal: Det er kjent at HSYK's bygg har vedlikeholdsetterslep og tildels gamle bygg. Det må i prosessene fremover sikres ett fullt forsvarlig fysisk arbeidsmiljø, i tråd med AML og arbeidsplassforskriften.

Vernetjenesten ønsker å presisere en forventning om at vernetjenesten involveres på alle nivå i det videre arbeidet frem mot implementering og effektivering av eventuelle styrevedtak.

Til slutt ønsker vi å takke for en god prosess, hvor vernetjenesten i flere ulike fora både har fått stille spørsmål, men også kommet med innspill underveis.

Mvh Vernetjenesten ved foretaksverneombud Hege Kristoffersen-Sund 160125

---

#### Protokolltilførsel fra DNLF 16.01.25:

I oppdraget som HSYK har fått i foretaksmøte 03.07.24 ligger det til grunn av det skal ytes somatisk akuttfunksjoner ved lokalisasjonene i Sandnessjøen og Mo i Rana. Det skal i tillegg være spesialisthelsetjeneste i Mosjøen og i Brønnøysund. Forslaget om funksjons- og oppgavefordeling skal sikre god kvalitet i tjenestene og en rasjonell og bærekraftig drift.

Vi ønsker å fremheve et utdrag fra faglig strategisk utviklingsplan i HSYK; «Begrunnelsen for å ikke etablere en en-sykehusmodell var å sikre best mulig tilgjengelighet til helsehjelp fra alle deler av et relativt langstrakt Helgeland. **Når det er vedtatt to sykehus med akuttfunksjoner er det viktig av begge disse er store nok til å opprettholde gode fagmiljøer for rekruttering, store nok for å opprettholde vaktssystemer og utdanning,** og til å understøtte en kontinuerlig utvikling, både faglig



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
8CD5D07BBF854A509C326C9A9BF9CCE8



og ledelsesmessig. Det må være nok pasienter i begge sykehusene til å underbygge volumkompetanse, og ved å svekke en av lokalisasjonene blir hele tilbudet i HSYK svekket.»

Legeforeningen mener at robuste fagmiljø er avgjørende for kvalitet og pasientsikkerhet.

Alle offentlige sykehus må ha robuste fagmiljø med kapasitet og tilstrekkelig aktivitet til å utdanne leger i spesialisering.

I styresaken har man lagt fram et løsningsforslag som avviker fra prinsippet om 2 likeverdige akuttsykehus. Forslaget innebærer en framtidig struktur med 2 akuttsykehus som har stor variasjon mellom volum i opptaksområdet for akuttinnleggelser innenfor indremedisin, og aksepterer at et av fagmiljøene vil bli vesentlig mindre. Dette står i kontrast til alle overordnede prinsipper om å etablere robuste fagmiljø for framtiden, og vil påvirke muligheter til rekruttering og utdanning. Legeforeningen er uenig i at det er liten risiko ved denne delen av den foreslåtte funksjons- og oppgavefordelingen.

Dersom volumet av pasienter blir vesentlig lavere ved det ene sykehuset, vil dette ramme ved at man ikke har like premisser til å etablere vaktordninger med lik vaktbelastning. Variasjon i størrelse vil også påvirke muligheter for faglig utvikling, og videre rekrutteringsmuligheter.

Arbeidstidsordninger påvirker rekruttering, og er blant de faktorene helseforetaket har mulighet til påvirke.

Legeforeningen mener at man bør opprettholde HSYK Sandnessjøen som opptaksområdet for akutt kirurgi og akutt indremedisin for kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal.

Løsningsforslaget legger til grunn at det ikke vil være gjennomførbart å overføre indremedisinske senger fra HSYK Mosjøen til HSYK Sandnessjøen i sin helhet, som særlig er begrunnet i en økt risiko for innleie av personell. Legeforeningen har gitt innspill på et alternativt forslag. Ved å etablere 2 tilnærmet like store sengeposter ved HSYK Sandnessjøen og HSYK Mo i Rana vil en økning av indremedisinske senger ved HSYK Mo i Rana bli en del av HSYK totale kapasitet for indremedisinske innleggelser. Dette uten at man endrer den opprinnelige akuttsløyfen for indremedisinske pasienter, som gir en forutsigbarhet ved innleggelser fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. En slik løsning vil imøtekomme forutsetningen om 2 akuttsykehus som er store nok til å opprettholde gode fagmiljøer for rekruttering, og opprettholde vaktordninger og utdanningskapasitet.

Skal HSYK bestå med 2 akuttsykehus som i beskrevet i oppdraget, er det nødvendig at det må være et visst volum av større og relevant elektiv kirurgi ved begge sykehusene. Dette er viktig å ha særlig oppmerksomhet på dette i det videre arbeidet med funksjons- og oppgavefordeling.



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
8CD5D07BBF854A509C326C9A9BF9CCE8

Løsningsforslaget anbefaler å flytte alle operasjoner innenfor urologi fra Mosjøen til Sandnessjøen. Det avgjørende at man sikrer en god kompetanseoverføring til alle yrkesgrupper som skal ivareta denne pasientgruppen, og det urologiske fagmiljøet må være godt involvert i denne prosessen. Det er en høy risiko for at det etablerte fagmiljøet i HSYK Mosjøen ikke vil pendle, og at det må bygges opp et nytt fagmiljø ved HSYK Sandnessjøen.

Det er avgjørende at funksjons- og oppgavefordeling har som mål å sikre ivaretagelse av alle spesialistene i foretaket. Det må være et overordnet mål at HSYK ikke utilsiktet mister kompetanse. De ulike enhetene påvirkes på ulik måte. Det vil være fagområder hvor man må gjøre individuelle avtaler for å sikre at spesialistene velger å fortsette å jobbe i HSYK. Det vil være fagområder hvor man sannsynligvis ikke vil kunne overføre aktiviteten til andre enheter uten at man mister tilgang til spesialister i faget, og det er fagområder som må tilføres aktivitet for å sikre bærekraft i framtiden.

Foretaket må ha en særskilt oppmerksomhet til hvordan man skal ivareta leger som i løsningsforslaget får endret arbeidsoppgaver og/eller arbeidssted. Leger i pågående spesialisering ved HSYK Mosjøen må ivaretas på en særskilt måte.

På vegne av DNLF

Eilin Andvord Søbstad – Foretakstillitsvalgt yngre legers forening

Elisabeth Benum – Foretakstillitsvalgt overlegeforeningen

---



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
8CD5D07BBF854A509C326C9A9BF9CCE8

# List of Signatures Page 1/1

Styresak 2/2025  
Vedlegg 7

 **AMU referat #1 2025.pdf**

Name	Method	Signed at
Nielsen, Lena Elisabeth	BANKID	2025-01-23 13:33 GMT+01
Kristoffersen-Sund, Hege	BANKID	2025-01-23 09:41 GMT+01



This file is sealed with a digital signature. The seal is a guarantee for the authenticity of the document.

External reference: CC24B8202BBD43EC846E53D7A9B2A06B

## Møtereferat

Ref: 2025/160-1

<i>Møtetype</i>	AMU-Arbeidsmiljøutvalg	
<i>Møtedato</i>	22.01.2025, kl. 09:15-10:30	
<i>Møtested</i>	Teams	<i>Vara</i>
<i>Møtedeltakere:</i>	Lena Nielsen, AD (arbeidsgiver) Leder for AMU -25	Trine Håjen Gretesdotter, HR-sjef
	Trine Håjen Gretesdotter, HR-sjef (arbeidsgiver)	Leif Morten Aas, HR
	Maria Saltirova Rausandaksel, Ass. Dir (arbeidsgiver)	
	Ole Johnny Pettersen, Klinikksjef (arbeidsgiver)	Elin Rasmussen Grønvik, Kl. Sjef,
	Hege Kristoffersen-Sund, Foretaksverneombud (arbeidstaker)	Hanna Petronella Kristoffersen, KLVO
	Henrik Levi Henriksen, Hovedtillitsvalgt (arbeidstaker)	
	Morten Jensen, Foretakstillitsvalgt (arbeidstaker)	Rune Andre Mathisen, TV
	Jan Tore Amdahl, Klinikksjefverneombud (arbeidstaker)	Hanna Petronella Kristoffersen, KLVO
	Leif Morten Aas, HR (AMU sekretær)	
	BHT Helse & Sikkerhet v/ Nina B. Lydersen	
Merk: Kvalitetssjef Jim Roger Fagerdal er med i møtet for å presentere sak 1/25.		
Forfall: Maria Saltirova Rausandaksel, konst eiendomsdirektør, Trond Nilsen, avdelingsleder møtte. Ole Johnny Pettersen, Klinikksjef (arbeidsgiver), Elin R. Grønvik, klinikksjef møtte. Leif Morten Aas, HR (AMU sekretær), Lena Nielsen er referent i møtet.		

Sak	Tema	Ansvar	Frist
1/25	<b>ROS-HMS i omstilling - Oppfølging av sak 33/24 og 36/24</b>  Formål: Styret i Helgelandssykehuset skal 24. januar vedta en løsning på mandat funksjons- og oppgavefordeling i Helgelelandssykehuset. Saken skal behandles i Helse Nord 26. februar	Jim Roger Fagerdal, kvalitetssjef	


 This file is sealed with a digital signature.  
 The seal is a guarantee for the authenticity of the document.

 Document ID:  
 CC24B8202BBD43EC846E53D7A9B2A06B

	<p>2025. På den bakgrunn skal berørte enheter som får endret aktivitet og/eller oppgaver gjennomføre en ROS analyse med fokus på HMS i omstilling. Diskusjon om ROS-HMS i forhold til omstilling ble tatt opp i Arbeidsmiljøutvalget i Helgelandssykehuset i møte 3.12.2024 sak 36/24. Her ble det utarbeidet et notat som danner grunnlag for gjennomføringen av en ROS HMS etter vedtak i styret i Helse Nord i februar 2025.</p> <p>Da dette er endringer som fører til ny fordeling av ansvar og oppgaver, er det etter Arbeidsmiljølovens bestemmelser krav til å vurdere både risikoforholdene og risikoreducerende tiltak. Det er også krav om at arbeidet gjennomføres i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte.</p> <p>AMU diskuterte følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viktig at møtekollisjoner unngås med tanke på opplæring.</li> <li>- Hvordan eventuell uenighet internt i en enhet om ROS analyse skal gjennomføres håndteres. Enighet i AMU at disse løftes til arbeidsmiljøråd (AMR).</li> <li>- Ett arbeidsmiljø er en helhet. Det kan være utfordrende å skille i en analyse med fokus på omstilling i denne saken.</li> <li>- Det er viktig at lederlinjen tar ansvaret både for gjennomføring av analysen, og oppfølgingen.</li> <li>- Når omstillingsprosessen er igangsatt og det er klart hvordan utvalgskretsen defineres, vil dette påvirke denne ROS analysen. Det må hensyntas.</li> <li>- Sammendragene skal behandles i AMR før AMU behandler saken.</li> </ul> <p><b>Vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. AMU støtter forslag til ROS skjema som skal benyttes i berørte enheter. Aktuelle enhetsledere får ansvaret for gjennomføring i egen enhet i samarbeid med plassverneombud og plasstillitsvalgt.</li> <li>2. AMU tar til orientering tidsplan for ROS-HMS i omstilling. Viktige milepæler er opplæring i uke 6-8, gjennomføring uke 10-15, og behandling i AMU 26. mai.</li> <li>3. AMU tar til orientering den klinikkvise vurdering som er gjennomført i alle AMR i forhold til aktuelle enheter som omfattes av ROS-HMS.</li> </ol>		
2/25	<p><b>Styresak 2/2025 Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF</b></p> <p>Formål: Styresak 24. januar 2025 Funksjons- og oppgavefordeling skal diskuteres med fokus på et HMS perspektiv.</p>	Lena Nielsen, AD	



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity of the document.

Document ID:  
CC24B8202BBD43EC846E53D7A9B2A06B

	<p><b>AMU oppsummerte:</b> Det er et sentralt punkt i både interimfasen og gjennomføringsfasen at det er et fokus på folka våre gjennom systematisk HMS arbeid.</p> <p><b>AMU diskuterte:</b> AMU fokuserte særlig på interimfasen i arbeidet etter et vedtak i Helse Nord med følgende punkter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Har vi i arbeidet med oppdraget fokusert godt nok på interimfasen? Ansatte har sluttet, og det vil påvirke drifta. Folk er i gang med planlegging av egen fremtid. Er det lagt gode nok planer for at vi kommer oss gjennom interimfasen?</li> <li>- AMU er bekymret for interimfasen, både for de som er direkte og indirekte berørt. Det er tungt for de som ikke blir berørt å se kollegaer som blir berørt. Redd for sykemeldinger og oppsigelser.</li> <li>- Har vi gode nok verktøy for planlegging av risikoen for at konsekvensen er at kritiske beredskap/vaktlinjer ikke lar seg bemanne? Arbeidsgiver har i forbindelse med LIS mangel i 2023 utarbeidet er verktøy for planlegging av dette sammen med overbelegg prosedyre. Det vil få konsekvenser både for lokalisasjonene Mo i Rana og Sandnessjøen.</li> </ul> <p>AMU diskuterte særlig at drift- og eiendom oppfattes å ha startet omstillingen og at der er en utakt pr nå med de andre klinikkens prosesser. Det påvirker de ansatte på jobb og bidrar til utrygghet. Det kan være riktig at vi i tiden fremover forsøker å gå mer i takt. Drift og eiendom har valgt å starte informasjons og kartlegging også fordi informasjon er etterlyst internt. Det er gitt og reaksjoner kommer, og rykter går i organisasjonen. Det er et ønske om at prosessene på dette tidspunktet kommer i bedre takt.</p> <p>Er ledelsen, tillitsvalgte og vernetjeneste forberedt godt nok på gjennomføringen? Det er særlig viktig at kommunikasjonen på tvers og i linjen har en god plan og at den er lett tilgjengelig.</p>		
--	---	--	--



This file is sealed with a digital signature.  
The seal is a guarantee for the authenticity  
of the document.

Document ID:  
CC24B8202BBD43EC846E53D7A9B2A06B

## Drøftingsprotokoll

Vår ref.:  
2021/1151-390

Saksbehandler:  
Lisa F Carlsen

Dato:  
11.02.2025

Møtetype:	Drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens § 42 og AML § 6 og 8 mellom konserntillitsvalgte, konsernverneombud og Helse Nord RHF
Møtedato:	11. februar 2025
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

### Tilstede

Navn:	
Ann-Mari Jenssen	YS Helse
Baard Einar Martinsen	SAN
Kari B. Sandnes	LO Stat
Sissel Alterskjær	UNIO
Martin Øien Jenssen	Akademikerne
Jeanette Mikalsen	konsernverneombud
Marit Lind	administrerende direktør
Ola Jøsendal	visadministrerende direktør
Anita Mentzoni-Einarsen	HR-direktør
Lisa Frønning Carlsen	rådgiver/referent

### Forfall:

*Ingen hadde meldt forfall til dette drøftingsmøtet.*

### Funksjons- og oppgavedeling i Helgelandssykehuset

Saken ble tatt opp til drøfting.

### Protokoll:

Arbeidsgiver innledet og redegjorde for innholdet i drøftingsnotatet, slik det ble sendt ut, den 4. februar 2025.

Styret i Helse Nord RHF skal vedta framtidig funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF i tråd med strukturvedtaket av 3. juli 2024 og oppdrag fra Helse Nord RHF meddelt i foretaksmøte 30. august 2024. KTV/KVO inviteres til å drøfte utkast til styresak.

Som det fremgår av drøftingsnotatet støtter administrerende direktør i Helse Nord RHF forslagene fra HSYK og vedtakene gjort i styret i HSYK, med unntak av punktet om indremedisin i Vefsn.

I etterkant av at drøftingsnotatet ble sendt ut har RHFet bedt HSYK om å lage framstillinger som viser hvilken kapasitet som er på de ulike driftsstedene i HSYK i dag og hva som foreslås endret. Disse utkastene til oversikter, ble gjennomgått i møtet. Oversiktene viser hvilke aktiviteter som er styrket på de ulike driftsstedene, hva som foreslås trappes opp, og hvilke områder som foreslås tatt ned.

Arbeidsgiver innledet med at saken i det videre vil bli behandlet i styret i to runder. KTV/KVO informeres om hvordan saken planlegges håndtert fram mot beslutning.

### Fra KTV for Akademikerne, SAN, YS, LO stat og Unio:

Konserntillitsvalgte støtter administrerende direktørs forslag til vedtak.

*KTV vurderer at man slik vedtakspunktene er formulert svarer ut oppdraget fra styremøte i Helse Nord RHF av 19. juni (styresak 82-2024), foretaksmøte 30. august 2024 og mandat fra styremøte i Helgelandssykehuset av 11. september 2024 i styresak 80-2024 (presseprotokoll).*

*KTV vil fremheve følgende:*

- 1. KTV anerkjenner at dette er en svært vanskelig sak og at den ideelle løsningen ikke finnes. Alle alternativer som har vært oppe til diskusjon har sine styrker og sine svakheter. KTV vurderer behovet for at det nå landes en permanent løsning som særskilt viktig.*
- 2. KTV forutsetter at den langsiktige planen for de to akuttisykehusene er ett sykehus på to lokasjoner, hvor begge har robuste og bærekraftige akuttfunksjoner jfr. protokoll fra foretaksmøte 30. august 2024 mellom Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF.*
- 3. KTV vil påpeke at det tidligere er fattet vedtak i denne saken som ikke er effektivt. KTV forutsetter at et vedtak i denne saken støttes opp med det som skal til for å sikre gjennomføring av vedtaket.*
- 4. KTV har en forventning om at tillitsvalgte og vernetjenesten involveres i det videre arbeidet.*

*Konsernverneombudet anerkjenner behovet for konserntillitsvalgtes felles og egne protokoller. Konsernverneombudet har utarbeidet egen protokoll som tar utgangspunktet i AML kap. 6 og AML intensjon om å sikre fullt forsvarlig arbeidsmiljø.*



KTV hadde følgende spørsmål og innspill til saken samt ytterligere kommentarer og innspill til saken i protokolltilførsler

### Slagalarm og teknisk personell

Innspill fra KTV:

- KTV mener at det burde være mer fokus på slagalarm og hvilket vaktpersonell (radiograf og bioingeniør) som skal være tilstede i en slik vaktordning i styresaken.
- Det er uttrykt et ønske fra personell om å ha teknisk personell i vaktordning. Det kan være utfordrende å ha aktivitet og tilstedeværelse hvis det ikke er mulighet for teknisk vakt som kan bistå ved behov.

Tilbakemelding fra arbeidsgiver:

- Arbeidsgiver tar innspillene med videre.

### Økonomi

Innspill fra KTV:

- KTV ytrer en generell bekymring for omstillingen og kostnadene det vil medføre.
- KTV stiller spørsmål til hvorfor det ikke er brukt tid på å ROS analysere fordeler og ulemper med å rute de samme pasientene til Sandnessjøen.

Tilbakemelding fra arbeidsgiver:

- Arbeidsgiver tar innspillene og bekymringen rundt kostnadene med videre.
- Det er ikke prioritert å gjennomføre en ROS analyse av å overføre ansvaret for akutt- og døgntjenestene innen indremedisin for befolkningen i Vefsn kommune til Sandnessjøen, fordi en slik løsning ikke blir ansett å være mulig å realisere av økonomiske årsaker.

### Lokalisasjon

Innspill fra KTV:

- Det burde tydeliggjøres i styresaken hvor arbeidstedet til LIS-legene i Mosjøen skal være.
- KTV er bekymret for at pasientens tilstand og adresse kan føre til at pasientene blir kasteball mellom sykehusene og at det ikke er en konkret plan for hvor de ulike pasientene skal sendes.
- KTV foreslår at det i styresaken står noe om erfaringer og vurderinger som er gjort for steder som har et såpas lite opptaksområde. Opptaksområde har en stor betydning for rekruttering og utdanning i spesialisthelsetjenesten, spesielt i områder med lite opptaksområde.
- Det vises til styresaken og avsnittet om "avstand til akuttsykehus." Hva menes med kort vei til akuttsykehus?
- Hva er vurdert i forhold til bruk av legebiler og andre prehospitale tjenester som kjører mellom lokalisasjonene?
- Det burde i styresaken fremkomme hva som skal fremheves og styrkes i Mosjøen.

#### Tilbakemelding fra arbeidsgiver:

- Når det gjelder arbeidssted for LIS-lenge, så skal arbeidsgiver undersøke dette, men forventer at det legges opp til at LIS-legen følger faget og deretter lokasjon.
- Helgelandssykehuset er ett sykehus med ett journalsystem. I teorien skal det ikke spille noen rolle hvor en pasient blir sendt. Klinikkene må disponere sengekapasiteten fornuftig. Pasienter med tidskrisiske tilstander skal til nærmeste akuttmottak.
- Arbeidsgiver tar med innspillet om opptaksområde videre.
- Hva som er kort vei er ikke direkte definert. Innenfor det akuttmedisinske arbeidet er det mest fokus på hvor raskt første medisinske innsats kan iverksettes, enten ved legevaksle og/eller ved de prehospitale tjenestene.

#### Personell og drift

##### Innspill fra KTV

- KTV ønsker en redegjørelse for hvordan regulariteten på helikopter og ambulansedy i Mosjøen er vurdert, spesielt på vinterstid.
- For å styrke saken, foreslår KTV å blant annet trekke frem de akuttkrisiske tilstandene knyttet opp mot trygg akuttmedisin og få frem styrking av intensivsenger og sengekategorier, både på lang og kort sikt.
- KTV spør arbeidsgiver om hvilke betraktninger de gjør i forhold til at det blant annet i Hattfjelldal er ønskelig å gå fra hjemmevaktordning til vakt på vaktrom for ambulansetjenesten i kommunen?
- KTV stiller spørsmål om helsetilbudet for DMS i Brønnøysund er tilstrekkelig når det ikke er drift av senger der?
- Begrepet "vakante stillinger" kan oppleves at tolkes noe ulikt og føre til feil rapportering.

#### Tilbakemelding fra arbeidsgiver:

- Arbeidsgiver tar innspillene med videre.
- Det er ikke gjort noen spesielle betraktninger rundt valget om å gå fra hjemmevaktordning til vakt på vaktrom.
- Når det gjelder drift av senger i DMS Brønnøysund, så er dette et samarbeid mellom kommune og det lokale sykehus.
- Arbeidsgiver forholder seg til tallene som blir rapportert inn, men er enig i at det kan være ulike tolkninger eller forståelse av begrepet. Arbeidsgiver tar med innspillet og skriver inn i styresaken hva man i denne saken definerer som vakante stillinger.

#### Andre innspill

- KTV mener at det ikke fremkommer godt nok i saken at funksjons- og oppgavedeling i Helgelandssykehuset er et nytt oppdrag og må ikke forveksles med strukturvedtaket fra 2019.
- Fra arbeidsgiver ble det påpekt viktigheten av å være bevisst på hva som er RHFet sitt ansvar (sørge-for ansvar) og hva som ligger på HSYK.
- RHFet må legge seg på riktig nivå i styresaken. Mange av innspillene fra drøftingsmøtet vil være naturlig å videreformidle til HSYK i den videre oppfølgingen av saken etter at styret i RHFet har gjort sitt vedtak.

Protokolltilførsler fra KTV/KVO ligger vedlagt i drøftingsprotokollen.

*Bodø, den 11. februar 2025*

*Protokollen ble godkjent i etterkant av drøftingsmøtet.*

Marit Lind  
Helse Nord RHF

Ole Jøsendal  
Helse Nord RHF

Anita Mentzoni-Einarsen  
Helse Nord RHF

Ann-Mari Jenssen  
YS Helse

Baard Einar Martinsen  
SAN

Kari B. Sandnes  
LO Stat

Sissel Alterskjær  
UNIO

Martin Øien Jenssen  
Akademikerne

Jeanette Mikalsen  
Konsernverneombud

## Felles protokolltilførsel fra KTV for Akademikerne, SAN, YS, LO stat og Unio

Konserntillitsvalgte støtter administrerende direktørs forslag til vedtak.

KTV vurderer at man slik vedtakspunktene er formulert svarer ut oppdraget fra styremøte i Helse Nord RHF av 19. juni (styresak 82-2024), foretaksmøte 30. august 2024 og mandat fra styremøte i Helgelandssykehuset av 11. september 2024 i styresak 80-2024 (presseprotokoll).

KTV vil fremheve følgende:

1. KTV anerkjenner at dette er en svært vanskelig sak og at den ideelle løsningen ikke finnes. Alle alternativer som har vært oppe til diskusjon har sine styrker og sine svakheter. KTV vurderer behovet for at det nå landes en permanent løsning som særskilt viktig.
2. KTV forutsetter at den langsiktige planen for de to akuttisykehusene er ett sykehus på to lokasjoner, hvor begge har robuste og bærekraftige akuttfunksjoner jfr. protokoll fra foretaksmøte 30. august 2024 mellom Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF.
3. KTV vil påpeke at det tidligere er fattet vedtak i denne saken som ikke er effektivt. KTV forutsetter at et vedtak i denne saken støttes opp med det som skal til for å sikre gjennomføring av vedtaket.
4. KTV har en forventning om at tillitsvalgte og vernetjenesten involveres i det videre arbeidet.

## Protokolltilførsel fra KTV for Akademikerne

KTV Akademikerne støtter Administrerende direktørs forslag til vedtak i henhold til felles protokolltilførsel fra sammenslutningene. KTV Akademikerne har likevel behov for å komme med følgende protokolltilførsel:

Saken om funksjons- og oppgavedeling på Helgelandssykehuset er en svært komplisert sak og det er ikke enighet blant undertegnede medlemmer hva som vil være den beste løsningen.

En vesentlig bekymring blant deler av undertegnede medlemmer er at styrkeforholdet mellom de to sykehusene blir skjevt med gjeldende forslag og at det vil bli vanskelig å opprettholde bærekraftig rekruttering og stabil bemanning på begge lokasjoner for akuttisykehusene. Dette er en bekymring som må tas på alvor i det videre arbeidet og det bør understrekes at hensikten med vedtaket er å følge intensjonen med strukturvedtaket og sikre ett sykehus på to bærekraftige lokasjoner. Det er også uttrykt en vesentlig bekymring fra deler av medlemsgrunnlaget for tallgrunnlaget og de økonomiske beregninger i saken. Ikke alle kjenner seg igjen i beskrivelsen av feks rekrutteringsutfordringer og gjengivelser av vakante stillinger.

Saken har over flere ti-år bidratt til å skape stor usikkerhet og uro hos ansatte på alle lokasjoner og en viktig lederoppgave fremover blir å gjenskape forutsigbarhet og trygghet for de ansatte. KTV Akademikerne forutsetter at det i det videre arbeidet legges vekt på arbeidsmiljø rekruttering, stabilisering og utdanning på alle lokasjoner.

Slik saken har utviklet seg i media og i styret i Helgelandssykehuset synes det som om det momentet som har fått mest oppmerksomhet er forslaget om å dele opptaksområde for befolkningen i Vefsn kommune for indremedisinske pasienter.

KTV Akademikerne er enig i at dette er en svært viktig sak, og at den må diskuteres grundig, men er bekymret for at denne delen av saken overskygger andre viktige momenter som også bør løftes frem og diskuteres grundig.

KTV Akademikerne mener saksfremlegget i større grad bør fremheve og formidle styrken på det spesialisthelsetilbudet som blir igjen i Mosjøen etter gjeldende forslag. Befolkningen har ikke i tilstrekkelig grad fått presentert hvilken kvalitet og kapasitet som er mulig innenfor den strukturen som foreslås, og bedre informasjon om dette kan trygge og berolige.

KTV Akademikerne mener pasienter fra samme opptaksområde ideelt sett bør sendes til samme sykehus. Det er komplisert å administrere et delt opptaksområde, særlig når det ikke er umiddelbart åpenbart hvilken tilstand pasienten har. Det må unngås at pasienter blir kasteballer mellom lokasjonene dersom de sendes til et sykehus og det senere oppdages at et annet sykehus var riktig destinasjon.

Saken illustrerer og tydeliggjør et økt behov for fasiliteter og strukturer som legger til rette for simuleringstrening i alle deler av tjenesten. Dette legger samtidig et økt press på UNN som forvalter Regional koordinerende enhet for helsefaglig simulering (RegSim). Det er et betydelig og økende behov for å utvikle tjenesten som regional funksjon. Det er et stort paradoks at vår region (som etter alle solemerker har størst behov) ligger langt bak øvrige regioner i landet på dette feltet.

*For øvrig støttes protokolltilførsler fra SAN, UNIO, YS og LO-stat og Konsernverneombudet.*

#### Protokolltilførsel fra KTV for YS

I tillegg til felles protokolltilførsel fra konserntillitsvalgte i Helse Nord RHF ønsker KTV for YS å legge til egen tilførsel til drøftingssak om Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset.

KTV for YS viser til protokolltilførsel fra FTV for Delta ved drøfting av styresak 2-2025 i Helgelandssykehuset, som følger saken. Undertegnede vil understreke bekymringene som fremsettes i protokolltilførselen, som er velplasserte slik saken ble lagt fram for de tillitsvalgte i Helgelandssykehuset, og er relevante til saken som nå foreligger til drøfting i Helse Nord RHF. Jeg vil særlig fremheve noen av punktene:

- Belastningen for ambulansetjenesten vil øke på grunn av lengre reisevei og lengre tid med svært dårlige pasienter.
- Det vises til en styrkning av prehospitale tjenester, uten en nærmere beskrivelse av hva dette innebærer. Det er ønskelig at det utformes en mer beskrivende plan utover innkjøp av biler og ny stasjon i Mosjøen.
- Ved å legge opp til et stort rekrutteringsbehov kun på en lokasjon med dagens utfordringer med å skaffe personell, vil man kunne få betydelig økt innleie for å ivareta oppgavene.
- Totalberedskapen vil svekkes betydelig dersom fordelingen legger opp til store kapasitetsforskjeller.

Utover dette mener KTV for YS at saken i liten grad belyser konsekvensene for de ansatte som er medlemmer av YS. Det gjelder både for yrkesgruppene som blir berørt av endringene i Mosjøen, men også for dem i Mo i Rana og Sandnessjøen. Det

forventes derfor at det fremtidige arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen gjøres i et godt og nært partsarbeid på alle nivå.

*For øvrig støttes protokolltilførsler fra LO Stat, Unio, Akademikerne og SAN samt fra KVO.*

#### Protokolltilførsel fra KTV i LO Stat.

Konserntillitsvalgt fra LO Stat forventer gode og allment tilgjengelige helsetjenester som gir trygghet og forutsigbarhet for alle. Universelle offentlige ordninger sikrer likeverdighet og rettferdig fordeling. Kvaliteten i de offentlige tjenestene må videreutvikles, dette får vi best til når tjenestene drives i offentlig regi med egne ansatte.

Konserntillitsvalgt fra LO Stat forutsetter at ny funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset ivaretar samfunnsoppdraget om å levere likeverdige og trygge tjenester for befolkningen i regionen. Det forventes at akuttmedisinsk og akuttkirurgisk beredskap ikke sentraliseres ytterligere. Føde og barselomsorg, distrikts medisinske senter, psykisk helsevern og rusbehandling må ikke forringes på bekostning av økonomi. Omstilling, endringer og utvikling er nødvendige verktøy for tjenesteutvikling, pasientsikkerhet og helse-trygghet. Beredskapen for søndre del av Nordland må være ivaretatt gjennom planer som tar hensyn til geografi, demografi, klima, næringsliv, turisme og infrastruktur.

Prehospital tjeneste, både bil, båt, helikopter og fly, må ha nok ressurser til å trygge befolkningen.

Distriktsmedisinsk Senter Sør-Helgeland i Brønnøysund må videreutvikles. Det er kjent at primærhelsetjenesten i området hadde foretrukket intermediaersenger foran observasjonssenger. Det vil være klokt å evaluere ordningen med observasjonssenger etter en viss driftstid. DMS i Brønnøysund må også sikres en stabil tilgang av legespesialister, dette kan kun gjøres gjennom rekrutteringsprosesser i HSYK og må ikke være basert på legers frivillighet. Fødetilbudet i Brønnøysund må opprettholdes og utvikles.

Konserntillitsvalgt for LO Stat vil oppfordre til at alle foretak sikrer seg vikarer i egne bemanningssenter. Dette for å unngå kostbart innleie fra byrå samt å sikre egne ansatte vikarer forutsigbare lønns og arbeidsforhold.

Konserntillitsvalgt for LO Stat har fått flere gode forslag fra tillitsvalgt i prehospital tjeneste i Helgelandssykehuset som jeg ber AD vurdere å ta med i sitt saksgrunnlag og eventuelt i forslag til vedtak. Dette som innspill til forbedring og forsterkning av prehospital beredskap og samhandling med kommunene Vefsn, Hattfjelldal og Grane.

Foruten 3 døgn ambulanser og 1 dag ambulanse vil det være en betydelig heving av beredskapen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal å opprette en Akutt bil som bistår ambulanserbiler ute på oppdrag, samt være en støtte til Legevakt med oppstart av behandling og vurdering av pasienter som enten bor hjemme, omsorgsbolig og sykehjem. Denne løsningen vil også kompensere for lengre kjøretid til Mo i Rana.

Dette vil bidra til styrkning av beredskap i den form at akuttbil vil ta mange rene vurderingsturer som i dag kjøres med vanlig ambulansebil, noe som frigjør behandling og transport kapasitet for amb.

Akuttbil bemannes med ambulanse personell med videre utdanning 60 studiepoeng eller mere samt innehar Innsatsleder utdanning og bekler Innsatsleder rollen.

Innsatsleder rollen 02 Helse blir i dag forventet å være til stede på alle større hendelser samt mindre hendelser hvor 2 eller flere nødetater samvirker. Dette ser vi gir effekt på pasientbehandling, effektivitet og bedre utnyttelse av ressurser.

Akuttbil vil være tilgjengelig for legevaktslege om behov for utrykning fra legevakt.

Akuttbil kan også drive veiledning av personell og studenter.

Opprettelse av Fag og Kompetansesenter i Mosjøen vil bidra til lettere å videre utdanne, simulere å trene ambulansepersonell og studenter i avanserte prosedyrer ved å benytte simulering og forelesning fra lokale eller eksterne forelesere i egnede fasiliteter for forelesninger og simulering. Disse tiltakene vil virke betryggende og stabiliserende for rekruttering, beredskap og bidra til større trygghet både hos ambulansepersonell og befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal.

Videre vil konserntillitsvalgt fra LO Stat påpeke følgende rundt teknisk vakt og behov for radiograf og bioingeniør i vakt.

Når det gjelder tekniske tjenester vil ambulansetjenesten ha behov for teknisk vakt ved lokalisering sykehus Mosjøen, dette pga. styrings systemer, porter, dører, internett, strøm og andre bygningsmessige utfordringer som kan og vil påvirke drift og tilgjengelighet for ambulanser.

Teknisk vakt må også være tilstede om det skal utføres undersøkelser og operasjoner etter kl 15 ved poliklinikker og dagkirurgi for rask feilretting av kritisk utstyr som benyttes.

Egen pasientløype for slagalarm i Mosjøen tenkes driftet etter modell fra Klinikk Alta og Brønnøysund hvor ambulansen starter opp og utfører CT scanning i Mosjøen etter kl 15. Dette vil være negativt med tanke på den prehospitalt beredskapen og tidstyven som oppstår når pasienten må vente til CT maskin er oppvarmet og klar ca 10 min. Det er også nødvendig å ha kompetanse på bruk av teknisk utstyr som CT maskin.

Opprettholdelse av trening og kompetanseheving hos rundt 30 ambulansepersonell vil være svært krevende. Det er nødvendig å sikre blodprøver og analyser av disse når pasient kommer inn ved slagalarm. Jeg viser til rutiner slagalarm i Klinikk Alta.

Vaktløype for tekniske tjenester, radiograf og bioingeniør må derfor opprettholdes i Mosjøen for å sikre pasienter, driften av CT, Laboratoriefunksjoner, bygg og teknisk anlegg etter kl 15.

*Forøvrig støttes protokolltilførsler fra Konsernverneombudet og konserntillitsvalgte fra UNIO, AKADEMIKERNE, YS og SAN.*

#### Protokolltilførsel KTV fra UNIO

Unio støtter administrerende direktør (AD) i Helse Nord RHF sitt forslag til vedtak i funksjons- og oppgavedeling i Helgelandssykehuset HF.

Unio vil påpeke at man i omstillingen/interimfasen må sikre faglig forsvarlig drift, ivaretagelse av ansatte arbeidsrettslige vilkår. Ved endrede arbeidsoppgaver må de ansatte gis opplæring at en har muligheter for simuleringstrening.

Unio vil på det sterkeste fremheve at ADs forslag til vedtak må følges opp med tiltak som avbøter de negative konsekvensene som vil ramme ansatte i Helgelandssykehuset, Mosjøen spesielt. Unio ber om at administrerende direktør gjør det som er i sin makt for å skaffe handlingsrom til omstillingstiltak, herunder ulike stimuleringsmidler, som kan sikre en mest mulig friksjonsfri omstilling.

De ansatte i sykehuset har lagt ned en stor innsats over lang tid, til tross for mange år med usikkerhet for arbeidsforholdets fremtid. De har bygget et liv rundt en arbeidsplass og konsekvensene ved denne omstillingen blir store for enkeltarbeidstakere. Unio ber om at arbeidsgiver i størst mulig grad tar inn over seg og søker å avhjelpe. Unio mener at det i det lange løp også vil tjene både helseforetaket og pasientene.

Råd Unio har fått fra de foretakstillitsvalgte er at en ikke bør gå inn for en overgangsfase da det kan medføre at rekruttering av kvalifisert personell kan bli vanskeligere kontra en permanent løsning og at det fortsatt kan skape usikkerhet hos ansatte. I styrevedtaket fremkommer det ikke hvor lang tidshorisonen på overgangsfasen vil være. Unio har fått tilbakemelding fra foretakstillitsvalgte om at prosessen i stor grad har vært åpen og involveringen av tillitsvalgte og ansatte har vært god. Innspill fra foretakstillitsvalgte når det gjelder representasjon i råd, utvalg og grupper er i stor grad hensyntatt. Tidsplan for høringen ble forlenget noe Unio mener var bra for saken. De ansatte og befolkningen har kunnet følge saken da det har vært publisert på intranett og internett.

Unio påpeker at det bør tydeliggjøres/beskrives bedre i saksdokumentet til styresaken hvilke funksjoner som blir i Mosjøen, oppbyggingen av funksjoner i Sandnessjøen med bl.a mulig økning av sengekapasiteten i FMR samt mottak av indremedisinske tilstander fra Vefsn til Mo i Rana hva som er årsaken til at en beslutter at dette vil være det beste for pasientene. Intensiv kapasiteten ved de to lokalisasjonene må beskrives nærmere på kort-, mellom- og langsikt. De tre kriteriene ved senkekategoriene må tydeliggjøres hvordan en skal imøtekomme kriteriene.

Tilgjengeligheten og regulariteten for pre- hospitaletjenesten innen luft, båt og bil må beskrives nærmere.

Unio vil påpeke at ved etablering av ny CT i Mosjøen må en vurdere hvilke andre yrkesgrupper som må være tilstede ved slagalarm i Mosjøen, i dag praktiseres det ved slagalarm at radiografer er en del av teamet.

Unio påpeker at man må prøve å tilstrebe at intensjon med strukturvedtaket er å sikre en bærekraftig struktur som lar seg bemanne ved de ulike lokalisasjonene.

Unio viser til høringsinnspill og protokolltilførsler fra de ulike fagorganisasjonene som tilhører Unio gruppen i Helgelandssykehuset HF.

Unio er kjent med at det er ulike meninger blant ansatte og tillitsvalgte på de ulike lokalisasjonene på hva som er den optimale løsningen pasienttilbudet, tallmaterialet og rekrutteringsevne.

*For øvrig støttes protokolltilførselene fra Akademikerne, SAN, LO stat, YS og konsernverneombud.*



## Protokolltilførsel KTV fra SAN

SAN støtter administrerende direktør sitt forslag til vedtak i funksjons og oppgavedeling i HSYK HF. SAN vil gjøre oppmerksom på en del utfordringer som bør adresseres for å gjøre effektiviseringen av vedtaket mere sømløst.

1. Det ble foreslått at indremedisinske pasienter fra Mosjøen skal overføres til Sandnessjøen, men at de i en overgangsperiode skal behandles i Rana. Dette reiser spørsmål om konsekvensene for miljøet i Rana, inkludert behovet for midlertidige ansettelse for å håndtere det økte pasient trykket og hvor lenge denne perioden vil vare. Det er også usikkerhet rundt om ansatte fra Mosjøen vil måtte pendle til Rana først, før de eventuelt pendler til Sandnessjøen. I tillegg er det bekymringer knyttet til kostnadene ved å tilpasse lokalene i Rana for å ta imot de ekstra pasientene, samtidig som det også må investeres i lokaler i Sandnessjøen  
Overføringen av pasienter til akuttstuskehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen vil føre til økt aktivitet ved disse lokalisasjonene. Den økte aktiviteten vil påvirke arbeidsmengden døgnet rundt, også på vakt og helg når laboratoriene ofte har begrenset bemanning. Tidligere planer om å omplassere bioingeniører fra Mosjøen til Sandnessjøen er ikke nevnt i denne prosessen, noe som kan indikere behov for nye ansettelse i begge byer.
2. Det er planer for videre drift i Mosjøen, inkludert blodbank og produksjon, samt muligheter for trombocyttoproduksjon for Helgelandssykehuset HF, som krever avklaring om hvilket sykehus som skal ha denne funksjonen. Økt poliklinisk aktivitet i Mosjøen kan føre til behov for bioingeniører utover normal arbeidstid.  
Det er påpekt at medisinsk utvikling og økende krav til pasientsikkerhet driver behovet for spesialisering. Det stilles spørsmål ved manglende fokus på investering i automasjon innen blodbank, til tross for utfordringer knyttet til tidsaspekter og pasientsikkerhet når laboratoriet er bemannet med bare én person. I forbindelse med implementeringen av ny CT i Mosjøen må det også vurderes hvilke andre yrkesgrupper som vil være nødvendige, da bioingeniører i dag er en del av slagalarm-teamet.
3. I vedlegg 1 til helse- og samhandlingsplanen pr. 08.01.25, spesifiseres det i kapittel 4.1.1 at fødetilbudet og gynekologifaget ikke vil bli endret i løpet av den kommende fireårsperioden, ettersom det vurderes å være forsvarlig. Det anbefales imidlertid at kirurgisk klinikk vurderer en intern funksjonsfordeling for sjeldne gynekologiske inngrep.  
Per i dag utføres rutineoperasjoner innen gynekologi og fødselsomsorg ved HSYK, og en vurdering av å omfordele sjeldne inngrep er ikke aktuell, da disse pasientene i henhold til nasjonale retningslinjer bør henvises til høyere nivå. Å samle rutineoperasjoner på én lokasjon kan svekke kompetansemålene for LIS3 og dermed påvirke utdanningsmulighetene negativt. Dette vil kunne føre til utfordringer med rekruttering av både LIS og spesialister, samt svekke akuttberedskapen innen gynekologi og fødselsomsorg ved begge lokasjoner.
4. Det er avgjørende å ha tidlig informasjon og dialog om fremtidige tjenesteleveranser fra SANO på Helgeland, ettersom SANO har ansatte på alle lokasjoner med døgndrift. Spesielt kan samarbeidsprosjekter og arenaer

mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten være områder der SANO kan bidra med sine tjenester og kompetanse. Det oppfordres også til tidlig dialog med SANO angående muligheten for å etablere et sykehusapotek i den nye sykehusstrukturen.

*For øvrig støttes protokolltilførselene fra UNIO, Akademikerne, LO Stat, YS og konsernverneombudet.*

#### Protokolltilførsel fra KVO

Konsernverneombudet i Helse Nord viser til protokoll som følger saken fra foretaksverneombudet i Helgelandssykehuset og støtter den.

Saksgrunnlaget viser til at dette har vært en pågående OU-prosess siden 90-tallet, og det er ikke vanskelig å forestille seg at det har vært og fortsatt er krevende og meget belastende for de ansatte i Helgelandssykehuset.

Ansatte i Helgelandssykehuset er i behov av en forutsigbar arbeidshverdag for å sikre kvalitet i tjenesten og skape gode og trygge arbeidsmiljø. Det er derfor på høy tid å få på plass og lande en permanent løsning for hvordan sykehusene skal organiseres og driftes på Helgeland.

Som konsernverneombud ønsker jeg å kommentere følgende:

1. Bygg og vedlikehold: Det er godt kjent at byggene i Helgelandssykehuset bærer preg av vedlikeholdsetterslep. Konsernverneombudet er gjort kjent med at bygg i Sandnessjøen fortsatt har store behov for vedlikehold. Slik saken fremstår med økt pasientstrøm vil det derfor være behov for å gjøre i stand eldre bygg som i dag blant annet leies ut eksternt. Skulle saken besluttes slik den fremstår i skrivende stund må dette være på plass før pasientflyten tas ned et sted og øker i andre deler av helseforetaket.
2. Personell: Det er viktig med riktig og tilstrekkelig personell for å sikre forsvarlige arbeidsmiljø og kvalitet i tjenesten. Omorganiseringen i Helgelandssykehuset har bidratt til mye usikkerhet og det vil være ansatte som må jobbe annerledes. Konsernverneombudet ber om at dialogen fremover baserer seg på å sikre verdifulle ressurser som vår region og Helgelandssykehuset konkret i denne sammenhengen er avhengig av.
3. Prehospitale tjenester: I Helse Nord er vi avhengig av den prehospitale tjenesten for å sikre at pasienter som blir akutt syk skal få likeverdige helsetjenester. Risikobildet må ivaretas med tilstrekkelig ressurser i akuttkjeden slik at ansatte sikres en forsvarlig arbeidshverdag.

Konsernverneombudet ønsker til slutt å påpeke viktigheten av systematisk HMS-arbeid i slik prosesser. ROS skal basere seg på et risikobilde med reelle utfordringer slik at forsvarlig arbeidsmiljø og kvalitet i tjenesten opprettholdes og «sørge for» ansvaret ivaretas.

## Vedlegg 6

### **RBU-sak 14-2025      Funksjons- og oppgavedeling i Helgelandssykehuset HF**

Administrerende direktør og viseadministrerende direktør i Helse Nord RHF informerte om saken.

#### Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF gir sin tilslutning til administrerende direktørs anbefaling til funksjons- og oppgavedeling i Helgelandssykehuset HF.
2. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF (RBU) har følgende innspill til saken:
  - a. RBU viser til et godt høringsinnspill fra brukerutvalget og ungdomsrådet ved Helgelandssykehuset, og ber om at innspillet vedlegges protokollen til RBU<sup>1</sup>.
  - b. RBU støtter at det bes om en utredning av akuttpost innen psykisk helsevern. Akuttsenger i Mo i Rana vil føre til nødvendig økt kapasitet i regionen.
  - c. Det er positivt at prehospitaltjenester styrkes. Dette bør fremheves i saken.
  - d. RBU ber om at helseforetaket har fokus på å redusere pasientens kostnader forbundet med lengre reisevei, særlig ved overnatting.

---

<sup>1</sup> Se vedlegg 1 til protokollen

- 
- e. Helgelandssykehuset og Helse Nord RHF bør intensivere sitt arbeid med å kommunisere aktuelle tilbud til befolkningen, inkludert informasjon om prehospitaltjenester ved tidskritiske tilstander. Det er viktig at befolkningen blir trygg på at de fortsatt vil få trygge akuttjenester. Det må sørges for god informasjon til pasientgrupper som ikke er digitale.
  - f. RBU ønsker at det gjøres tydelige beslutninger om funksjons- og oppgavedeling slik at det blir klart hvor tjenestene skal gis. Videre lokaliseringsdebatter bidrar til utrygghet.
  - g. Helgelandssykehuset må legge vekt på å videreutvikle samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, både innenfor psykisk helse, TSB, innenfor rehabilitering, og lærings- og mestringstilbud. Tilbud til de fire prioriterte pasientgruppene bør vektlegges i dette arbeidet, da dette er pasienter som har behov for tjenester ofte.

Vedlegg 1 til RBUs protokoll:

Høringsinnspill: Forsvarlig drift ved Helgelandssykehuset

### **Jamfør mandat 3.3.**

**Innspillet kommer fra: Brukerutvalget og ungdomsrådet**

**Dato: 13.12.2024**

**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:**

Spørsmålet om forsvarlig kvalitet tolkes av brukerutvalget som vanskelig. For pasienter og brukere, betyr kvalitet mye og mangt. Viktigste av alt, er at de nye tilbudene er etablert og i drift før noe overflyttes eller overføres til en annen plass.

For å få forsvarlig kvalitet må det være kommunikasjon mellom de som behandler pasientene, og mellom pasienten, de pårørende og behandlerne. Helgeland, som et stort geografisk område med spredte populasjoner, må ha gode systemer og rutiner for all kommunikasjon - særlig i helsetjenestene. Når det videreføres en struktur med aktivitet på flere lokasjoner, har brukerutvalget en forventning om at kommunikasjonen mellom fagfolkene i og utenfor sykehuset skal være god. Lokasjon er ikke nødvendigvis det som gir best kommunikasjon, men et felles fokus på pasienten og de pårørende. Trygghet er et annet moment. Det at folk liker jobben sin, har gode kollegaer, er del av et bra arbeidsmiljø som er inkluderende og at behandlere har tid til pasient og pårørende, gjør arbeidshverdagen god for den ansatte og trygg for pasienten. Teknologi, både i medisinen og i kommunikasjonen, må være i førersetet.

### *Ett sykehus:*

Brukerutvalget etterlyser at det spredte sykehuset skal bli ett, og oppleves dertil. Dette inkluderer en bedre dialog mellom fagfolk, likhet i kvalitet og prosedyrer, og at fagfolkene har det utstyret som trengs ved det aktuelle sykehuset. Når man nå samler ressursene til større enheter, har brukerutvalget en klar forventning om at likheten skal bli større mellom enhetene, og særlig at den faglige avstanden mellom psykisk helse og somatisk helse skal bli mindre.

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

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

### **Innspill:**

Brukerutvalget har tillitt til at Helgelandssykehuset legger frem et forslag som er gjennomtenkt og i henhold til deres ansvar og oppgaver. Brukerutvalget er trygge på løsningen knyttet til beredskapen. En lukket døgnpsykiatrisk akuttpost på Helgeland vil medføre også økt tilgjengelighet for preshopitale tjenester og kortere reisevei for pasienter innen psykiatri.

Erfaringene fra Helgeland med katastrofehendelser har vist at Helgelandssykehuset håndterer dette bra. Brukerutvalget er trygge, men ber om at Helgelandssykehuset fortsatt jobber videre med beredskap.

I forslaget, vises det til at en av mulighetene for fordeling av pasienter mellom de to akuttstusykehusene, skal basere seg på fag og kommunetilhørighet. Brukerutvalget forutsetter at en slik fordeling vurderes ifht. Faglig forsvarlighet, og at de prehospitale enhetene styrkes som planlagt. Brukerutvalget etterlyser et fokus på økning av helsekompetanse for at befolkningen, særlig i området som nå får lengre reisevei, tidlig skal vite når akutt hjelp bør oppsøkes. Når reiseavstandene øker, bør man se på å redusere tiden fra når en hendelse oppstår, til når hjelp oppsøkes.

For alle pasientene på Helgeland, er det viktig at pårørende blir ivaretatt når det skjer akutte hendelser. Pårørende/nærpersoner er viktig å ivareta, da de er pasientens sterkeste ressurs. Brukerutvalget har erfaringer fra pandemien, der nære personer som ikke nødvendigvis var pårørende, ikke ble involvert i behandlingen under innleggelsen, men hvor de hadde en viktig rolle når pasienten kom hjem.

### **3. Forsvarlig totalbelastning på personell**

*Arbeidsbelastningen på personellet ved Helgelandssykehuset?*

#### **Innspill:**

Brukerutvalget er godt kjent med mangelen på helsepersonell, og den fortsatt negative utviklingen fremover ifht. Demografiske endringer. Brukerutvalget og ungdomsrådet krever at man fortsatt fokuserer på rekruttering, god oppgavedeling, og ikke minst, ivaretagelse av nye, unge ansatte. Ungdomsrådet er kjent med tilfeller hvor sykehusets unge, nyutdannede ansatte har blitt møtt uheldig, noe som gjør at disse ikke ønsker å komme tilbake til Helgeland for å jobbe i Helgelandssykehuset.

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

*Bruk av bygg og utstyr ved Helgelandssykehuset?*

#### **Innspill:**

Det er viktig for brukere og pårørende at sykehuset ikke opptrer som traust og sterilt. Særlig for ungdommer oppleves byggene trause, noe som gjør hele opplevelsen ved en innleggelse mer skummel.

Brukerutvalget og ungdomsrådet forventer universell utforming i alle bygg knyttet til Helgelandssykehuset, med god bruk av moderne utstyr og bygg som ikke er trause.

## **5. Forsvarlig økonomi**

*Økonomisk drift ved Helgelandssykehuset?*

### **Innspill:**

Brukerutvalget og ungdomsrådet har ikke fokus på den økonomiske driften av sykehuset, foruten forståelse for de utfordringene som foreligger.

## **6. Fritekst**

*Kommentarer eller innspill*

### **Innspill:**

Brukerutvalget og ungdomsrådet har flere punkter som ønskes kommentert.

### **Rehabilitering:**

Brukerutvalget støtter fokuset på rehabilitering, og setter pris på at sykehuset har satt dette forsømte fagfeltet på dagsordenen. Det er viktig for brukerutvalget at det må være lokale tilbud, da mange tilstander krever at pasientene får behandling uten at de må reise for langt, når de er på sitt mest sårbare. Alle Helgelendinger må ha lik mulighet for å få kvalitetsmessig god rehabilitering.

### **Observasjonspost:**

Helgelandssykehuset støtter forslaget om observasjonspost. For mange pasienter er det en svært lang reisevei fra Sør-Helgeland, og mange krever tilrettelagt transport, følge, behov for veiledning, mat og eventuelt en seng i påvente av diagnostikk. Særlig uheldig er det når pasientene reiser til en av akuttsykehusene, kun for å snus og sendes tilbake. En observasjonspost vil spare pasientene og de pårørende for mye belastning, dersom mer kan avklares og behandles lokalt. Brukerutvalget og ungdomsrådet ønsker å delta i utformingen av et slikt tilbud.

### **Øvrig struktur:**

Generelt er det ønskelig å få flyttet hørselssentral på Mo i Rana inn i sykehuskroppen. Dette ligger i dag utenfor sykehuset, noe som gir en forvirring, men også en særlig farlig farvei fra bussholdeplassen på sykehuset på Mo, til hørselssentralen.

Brukerutvalget er positive til å øke dagkirurgisk ortopedi i Mosjøen, og å redusere ventelister og ventetider for pasientene. Brukerutvalget gir også sin støtte til det urologiske fagmiljøet i Mosjøen

som er bygget opp over mange år. En fortsatt elektiv poliklinisk virksomhet og dagkirurgiske inngrep ønskes, særlig for å ivareta de ansatte, som brukerutvalget har blitt kjent med igjennom flere år.

Om prosessen:

Brukerutvalget og ungdomsrådet har tillit til at utarbeidelsen av Helgelandssykehuset med tanke på funksjons- og oppgavefordeling er gjennomført i henhold til faglig forsvarlighet og vurdert derav. Fagfolkene har vært involvert i sin linje, og brukerutvalget har fått innblikk i hvordan den faglige involveringen har foregått. Brukerutvalget har vært delaktige i mange prosesser i Helgelandssykehuset, men de som har lang erfaring fra sykehuset, meddeler at det aldri har vært en slik stor grad av involvering.

Når det er sagt, så er beslutningen om strukturen kun én del av endringsprosessen. Fremover forventer brukerne, de pårørende, ungdommene og befolkningen forøvrig at sykehuset involverer og ivaretar de ansatte som rammes av strukturendringene, og informerer befolkningen om dette viktige arbeidet.

Brukerutvalget og ungdomsrådet ser frem til fremtidig involvering i de fortsatte prosessene.

## Presseprotokoll

Vår ref.:  
2025/4

Referent/dir.tlf.:  
Line E. Strøm/756 61 831

Sted/Dato:  
Værnes, 24.01.2025

<b>Møtetype:</b>	Styremøte
<b>Møtedato:</b>	24.01.2025 kl. 08.00 – ca. kl. 11.55
<b>Møtested:</b>	Værnes - Radisson Blu Trondheim Airport

### Tilstede:

Navn:	
Arne Benjaminsen	styreleder
Andrine Solli	nestleder
Laila Brunvold	styremedlem
Maiken Bjørkan	styremedlem
Vigleik Jessen	styremedlem
Roger Jenssen	styremedlem
Elin Merete Pettersen	styremedlem
Morten Jensen	styremedlem
Fredrik Aas Albertsen	styremedlem
Ramona Nofal	styremedlem
Ole Henrik Bjørkmo Lifjell	styremedlem
Anne Lise Brygfeld	leder brukerutvalg

### Forfall:

*Ingen har meldt forfall til styremøte.*

### Fra administrasjonen:

Navn:	
Lena E. Nielsen	adm. direktør
Hege Sjøvik	med. direktør
Pål Madsen	senior rådgiver
Sturla Ditlefsen	koordinator
Mette Horsberg	kommunikasjonssjef
Line Ekremsæter Strøm	styresekretær



**Protokoll:**

*I forbindelse med gjennomføring av styremøtet spurte styreleder Arne Benjaminsen om det foreligger inhabilitet eller andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til styremedlemmenes upartiskhet i noen styresaker som skal behandles i dagens styremøte. Ingen av styremedlemmene meldte om inhabilitet.*

**1/2025: Godkjenning av saksliste**Vedtak:

Sakslisten godkjent.

**2/2025: Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset HF**

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

- 1. Styret stiller seg bak funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset som beskrevet i saken og ber om at saken oversendes Helse Nord RHF for endelig beslutning.*
- 2. Styret forutsetter at nødvendig styrking av pre- og inhospital beredskap er på plass innen de somatiske akutt- og døgnfunksjonene overføres fra Mosjøen til akuttpsykiatriske enhetene i Sandnessjøen og Mo i Rana.*
- 3. Det er behov for en større oppmerksomhet rundt barn som pasientgruppe, og styret støtter en styrking av det pediatrike tilbudet som beskrevet i saken.*
- 4. Styret stiller seg bak forslaget om å styrke tilbudet til de sykeste pasientene innen psykisk helsevern og ber administrerende direktør om å gå i dialog med Helse Nord RHF vedrørende muligheten for å etablere en akuttpsykiatrisk døgnenhet i Helgelandssykehuset HF.*
- 5. Styret ber administrerende direktør ta initiativ overfor aktuelle kommuner og Helsefelleskap Helgeland med tanke på etablering av et rehabiliteringstilbud i Mosjøen og en observasjonspost ved DMS Brønnøysund samt andre aktuelle samarbeidsprosjekter som er foreslått.*
- 6. Styret viser til omstillingskostnader og ber administrerende direktør innarbeide disse i forbindelse med en revidering av budsjettet for Helgelandssykehuset i februar.*
- 7. Styret ber administrerende direktør innlede en dialog med Helse Nord RHF vedrørende finansiering av nødvendige og anbefalte investeringer knyttet til arealer og utstyr.*
- 8. Styret ber administrerende direktør, følge opp og rapportere til styret månedlig gjennomføringen av omstillingsprosessen, samt gevinstrealisering med tanke på ytterligere kostnadsreduksjoner.*
- 9. Styret ber om å bli løpende orientert om saken.*

**Styremedlem Vigleik Jessen fremmet forslag til et nytt punkt 2, som skyver de opprinnelige foreslåtte punktene fra og med punkt 2 med ett nummer:**

*Opptaksområdet Mosjøen legges til Sandnessjøen. I en overgangsfase må en delt løsning aksepteres.*

***Stemmegivning for nytt punkt 2:***

*Vedtatt med syv stemmer (Roger Jenssen, Fredrik Aas Albertsen, Andrine Solli, Ramona Nofal, Vigleik Jessen, Laila Brunvold og Elin Pettersen).*

**Styremedlem Vigleik Jessen fremmet forslag til endring av opprinnelig punkt 4 i vedtaket, skyves til punkt 5 i styrets vedtak:**

Styret stiller seg bak forslaget om å styrke tilbudet til de sykeste pasientene innen psykisk helsevern og ber administrerende direktør om å gå i dialog med Helse Nord RHF vedrørende muligheten for å etablere en akuttpsykiatrisk døgnenhet i Helgelandssykehuset HF. Administrasjonen kommer tilbake til styret med en egen sak.

*Enstemmig vedtatt.*

**Styreleder Arne Benjaminsen fremmet forslag til nytt punkt i vedtaket, skyves som punkt 11 i styrets vedtak:**

*Styret ber administrasjonen gå i dialog med Vefsn kommune for å utvikle samhandlingstilbud med utgangspunkt i rekruttering- og samhandlingsmidler.*

*Enstemmig vedtatt.*

**Styrets vedtak:**

1. Styret stiller seg bak funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset som beskrevet i saken og ber om at saken oversendes Helse Nord RHF for endelig beslutning.
2. Opptaksområdet Mosjøen legges til Sandnessjøen. I en overgangsfase må en delt løsning aksepteres.
3. Styret forutsetter at nødvendig styrking av pre- og inospital beredskap er på plass innen de somatiske akutt- og døgnfunksjonene overføres fra Mosjøen til akuttpsykehusene i Sandnessjøen og Mo i Rana.
4. Det er behov for en større oppmerksomhet rundt barn som pasientgruppe, og styret støtter en styrking av det pediatrike tilbudet som beskrevet i saken.
5. Styret stiller seg bak forslaget om å styrke tilbudet til de sykeste pasientene innen psykisk helsevern og ber administrerende direktør om å gå i dialog med Helse Nord RHF vedrørende muligheten for å etablere en akuttpsykiatrisk døgnenhet i

Helgelandssykehuset HF. Administrasjonen kommer tilbake til styret med en egen sak.

6. Styret ber administrerende direktør ta initiativ overfor aktuelle kommuner og Helsefelleskap Helgeland med tanke på etablering av et rehabiliteringstilbud i Mosjøen og en observasjonspost ved DMS Brønnøysund samt andre aktuelle samarbeidsprosjekter som er foreslått.
7. Styret viser til omstillingskostnader og ber administrerende direktør innarbeide disse i forbindelse med en revidering av budsjettet for Helgelandssykehuset i februar.
8. Styret ber administrerende direktør innlede en dialog med Helse Nord RHF vedrørende finansiering av nødvendige og anbefalte investeringer knyttet til arealer og utstyr.
9. Styret ber administrerende direktør, følge opp og rapportere til styret månedlig gjennomføringen av omstillingsprosessen, samt gevinstrealisering med tanke på ytterligere kostnadsreduksjoner.
10. Styret ber om å bli løpende orientert om saken.
11. Styret ber administrasjonen gå i dialog med Vefsn kommune for å utvikle samhandlingstilbud med utgangspunkt i rekruttering- og samhandlingsmidler.

#### Protokolltilførsel 1 til styresak 2/2025 - stemmeforklaring Elin Pettersen

*Jeg har følgende stemmeforklaring angående «ressurs og oppgavefordeling» pkt. 1.*

*Jeg stemte mot dette punktet og min begrunnelse for dette er:*

- *Redusert pasientsikkerhet/kvalitet*
- *Liten begrunnelse for økonomiske effekter*
- *Manglende ROS analyser for selve implementeringen*

#### **Pasientsikkerheten er ikke ivaretatt:**

*Forslaget innebærer ikke tilstrekkelig med kompensere tiltak for pasientene som i dag sokner til sykehuset i Mosjøen. En dag og en døgnbil kan på ingen måte kompensere for at vi mister sykehustilbudet. Forslaget fører til betydelig lengre transporttid til sykehus, og det foreslås ikke ytterligere forsterkning av den prehospitale tjenesten. Det er godt dokumentert at helikopter regulariteten i Vefsn, Grane og Hattfjelldal vinterstid er ned mot 20%*

*Det foreligger heller ingen planer for hvordan man skal sørge for pasientsikkerheten om nødvendig personell ikke er på plass prehospitalt og inhospitalt når vedtaket skal effekteres. Hvordan utsette det hele om det ikke finnes personell igjen i Mosjøen?*

#### **Økonomiske effekter av tiltaket:**

*Det fremkommer ikke av styrepapirene hvordan man er kommet fram til økonomiske besparelser. Derimot bekreftes det at økonomiske effekter er beheftet med usikkerhet. Det er dermed ikke sannsynliggjort at vedtaket er økonomisk bærekraftig.*

**ROS analyser:**

Viser også til at ROS analysene er en viktig forutsetning for å kunne ta gode valg i styrerommet. Viste ROS analyser omhandler kun nåværende periode fram til juni/25 og viser ikke risikoen med selve effektueringen av vedtak.

Elin Pettersen  
Ansatterrepresentant

**Protokolltilførsel 2 til styresak 2/2025 - stemmeforklaring Ramona Nofal**

Jeg stemmer imot punkt 1 i forslag.

Styret besluttet nedlegging av akutt og døgnaktivitet i HS avd. Mosjøen. Dette baserer seg på et delvis misvisende innhold i mandat avsnitt 6.2 samt føringer strukturvedtak 27.1.20 punkt 4 som ikke er mer førende etter justering. Dette medførte fokus på nedleggelse av all døgnaktivitet i Mosjøen med utelukkende poliklinisk aktivitet.

Pasientsikkerhet, trygghet og beredskap er betydelig svekket i hele Sør – Helgeland siden flerfaglige observasjonssenger ikke fikk medhold. Værforhold og stengte veier tas med i vurderingen.

Akseptans i at en del spesialister og Helgelandsfunksjoner kommer til å forsvinne vil medføre økt innleie, økt ventetid og fristbrudd. Kvaliteten vurderes svekket. Ingen satsing på somatiske funksjoner i HS avdeling Mosjøen medfører stor frustrasjon.

Gitt lite budsjett disiplin i andre avdelinger med overforbruk tom 39,5 millioner inntil 12/24 vil man heller ikke få kontroll over budsjettet. Lite tiltakseffekt var bidragende til nedleggelse av døgnfunksjoner uten vurdering av andre muligheter.

Ramona Nofal / ansatterrepresentant

**Protokolltilførsel 3 til styresak 2/2025 - stemmeforklaring Fredrik Aas Albertsen**

Jeg viser til Fagforbundets hørings svar til «Funksjons- og oppgavefordeling i Helgelandssykehuset». Her peker de på at hvis 0-alternativet ikke er gjennomførbart så må helseforetaket sikre en aktivitet på alle lokasjoner som ivaretar både pasienter og ansatte.

Jeg er spesielt bekymret for at tilbudet i Mosjøen skal bli dårligere i ny organisering og også at DMS Sør-Helgeland ikke blir videreutviklet.

Jeg vil i denne sammenheng peke på Helsetalen 2025, hvor vi sammen må ha fokus på at spesialist helsetjenesten og primærhelsetjenesten må strekke seg i enda større grad mot hverandre for å skape sammenhengende og sømløse pasientforløp gjennom

*samhandling, samarbeid og bedre fordeling av oppgaver.*

*Fagforbundet vil også påpeke viktigheten av at et korrekt tallmateriale blir lagt frem i den videre behandling av saken.*

*Fredrik Aas Albertsen  
Sandnessjøen 24.01-25*

*Protokolltilførsel 4 til styresak 2/2025 - stemmeforklaring fra Arne Benjaminsen*

*Styrets vedtak (nytt pkt. 2) om å legge opptaksområdet Mosjøen til Sandnessjøen, med mulighet for delt løsning i en overgangsperiode, er – i motsetning til administrasjonens forslag - ikke saksforberedt, utredet eller kostnadsberegnet. Vedtaket er heller ikke risikovurdert, praktiske spørsmål knyttet til gjennomføringen er ikke avklart og det foreligger ingen vurdering av om det er faglig forsvarlig. Vedtaket er etter mitt syn heller ikke i tråd med bestillingen fra Helse Nord, hvor vi blant annet er bedt om å organisere foretaket slik at vi kan redusere kostnadene til innleie av personell og minimere investeringer i utstyr og infrastruktur. Det er ikke klart hvor lang overgangsperioden skal være. Dette skaper usikkerhet for ansatte og kan gjøre rekruttering av fast ansatte vanskelig. En midlertidig løsning er spesielt uheldig i en situasjon hvor Helgelandssykehuset er i en svært anstrengt økonomisk situasjon.*

*Arne Benjaminsen  
styreleder*

**3/2025: Eventuelt**  
Ingen saker meldt.