



**NOTAT**

**Gjennomgang av DMS i Brønnøysund**

**22. juni 2017**

Tillegg til «Konseptrapport Distriktsmedisinsk senter i Sør-Helgeland», 31. mai 2016

Prosjektnummer 515301142

Prosjekt	Type rapport/ dokument
Idefase Helgelandssykehuset	Notat. Gjennomgang av DMS i Brønnøysund. Tillegg til «Konseptrapport Distriktsmedisinsk senter i Sør-Helgeland»

UTARBEIDET AV		
Navn		epostadresse
Unni Dahl	Sykehusbygg HF	unni.dahl@sykehusbygg.no
Kjell Solstad	Sykehusbygg HF	kjell.solstad@sykehusbygg.no

DOKUMENTSTATUS				
26.04.2017	Utkast til rapport			
22.06.2017	Ferdigstilt rapport		Kontrollert	Marte Lauvsnes <i>Marte Lauvsnes</i>

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
26.04.2017		Helgelandssykehuset HF	
19.05.2017		Helgelandssykehuset HF	
22.06.2017		Helgelandssykehuset HF	

## Innhold

1	Bakgrunn.....	2
1.1	Organisering av arbeidet .....	2
2	Gjennomgang av områder i konseptrapporten.....	4
2.1	Aktivitetsgrunnlaget .....	4
2.2	Pasientgrupper som kan få et tilbud i spesialisthelsetjenesten, framskriving av aktivitet og kapasitetsbehov .....	4
2.2.1	Poliklinikk – noen utvalgte områder.....	5
2.2.2	Dagbehandling – dialyse.....	8
2.3	Andre spesialisthelsetjenester .....	9
2.4	Oppsummering – gjennomgang av områder i konseptrapporten .....	10
3	Forslag til bemanning i spesialisthelsetjenesten.....	11
3.1	Resepsjon, ekspedisjon 1. og 2. etasje .....	11
3.2	Bilddiagnostikk 1. etasje .....	11
3.3	Ambulansetjeneste.....	11
3.4	Poliklinikk.....	11
3.5	Organisering og ansettelsesforhold .....	12
3.6	Dagområde for dialyse, kjemoterapi.....	12
3.7	Laboratorium.....	13
3.8	Oppsummering av bemanning i spesialisthelsetjenesten.....	13
3.9	Intermediære døgnplasser .....	14
4	Distriktpsikiatrisk senter i Brønnøysund .....	16
4.1	Framskriving av poliklinisk aktivitet i generelle konsultasjonsrom (alternativ 1) .....	16
4.1.1	Psykisk helsevern – Barn og ungdom (PHV-BU) .....	16
4.1.2	Psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	17
4.2	Framskriving av poliklinisk aktivitet i behandlerkontor (alternativ 2) .....	17
4.3	Oppsummering distriktpsikiatrisk senter i Brønnøysund .....	18
5	Konklusjon .....	19

## 1 Bakgrunn

«Helgelandssykehuset 2025» skal opprettholde og videreutvikle et sykehus som gir helgelendingene gode og framtidsette spesialisthelsetjenester. Det betyr å velge en sykehusstruktur som best kan løse framtidens behov for spesialisthelsetjenester i Helgeland. Arbeidet følger veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, og er nå i idéfase.

Det er gjennomført en konseptfase og utarbeidet en konseptrapport for et distriktsmedisinsk senter (DMS) i Brønnøysund; «Distriktsmedisinsk senter i Sør-Helgeland». Rapporten er datert 31. mai 2016 og ble behandlet og godkjent i prosjektstyret 7. juni 2016. Konseptrapporten beskriver en utvidelse av spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i kommunene Brønnøy, Sømna, Vega og Vevelstad. Det nye DMS-et i Brønnøysund omfatter både ombygging av Helse- og omsorgssentret i Brønnøysund og nybygg.

Helgelandssykehuset HF har, i etterkant av gjennomført konseptfase, bedt Sykehusbygg HF om en ny gjennomgang av spesialisthelsetjenestetilbudet som er beskrevet i konseptrapporten for DMS-et i Brønnøysund. I tillegg har Helgelandssykehuset HF bedt om en vurdering av bemanningsbehov for spesialisthelsetjenesten i DMS-et og en kapasitetsberegning for distriktspsykiatrisk senter (DPS) i Brønnøysund. Dette notatet er derfor et tillegg til Konseptrapport Distriktsmedisinsk senter i Sør-Helgeland, 31. mai 2016.

### 1.1 Organisering av arbeidet

Gjennomgangen av konseptrapporten, bemanningsbehov i DMS og kapasitetsberegning av DPS har vært organisert som en del av arbeidet Sykehusbygg HF utfører i idéfase for Helgelandssykehuset HF. Prosjekteier har vært Bjørn Bech-Hanssen, Helgelandssykehuset HF. Prosjektleder har vært Christian Brødreskift, Sykehusbygg HF. Idéfase pågår frem til utgangen av 2018.

Ledergruppen i Helgelandssykehuset gjennomgikk dimensjoneringen av DMS i Brønnøysund 13. januar 2017, og det var enighet om følgende:

Framskrivningen av spesialisthelsetjenesten, som er gjort i konseptrapporten, skal gjennomgås og kvalitetssikres, herunder en vurdering av øyetilbudet og eventuelt «gasto-området<sup>1</sup>». Alle hoveddiagnoser skal tas med i det videre arbeidet. Fødeområdet inngår ikke i dette arbeidet da det ligger i eksisterende bygning. Kjemoterapi skal inkluderes i tilbudet i DMS-et i Brønnøysund, men det skal ikke legges til rette for produksjon av cytostatika i DMS-et. Det må imidlertid avklares hvor cytostatika skal leveres fra. De 5 overnattingsrommene for ansatte i spesialisthelsetjenesten skal utgå. Intermediærrommene skal avklares nærmere. Det er også behov for en oversikt over bemanning fra spesialisthelsetjenesten i framtidig DMS i Brønnøysund, og samlokalisering av DMS og DPS i Brønnøysund skal utredes.

Etter ledermøtet har konseptrapporten, bemanning i DMS i Brønnøysund og kapasitetsframskriving av DPS i Brønnøysund blitt gjennomgått og vurdert. Dette er gjort i et samarbeid mellom Helgelandssykehuset HF v/medisinsk direktør Fred Mürer og Sykehusbygg HF v/Unni Dahl og Kjell Solstad. Det har vært avholdt fire Skypemøter mellom Helgelandssykehuset HF og Sykehusbygg HF i februar og mars 2017. I tillegg har kommunikasjon foregått per mail og telefon.

Det har vært arrangert ett møte mellom ledelsen i Helgelandssykehuset HF, Sykehusbygg HF og personell i Brønnøysund 14.2.2017.

---

<sup>1</sup> Rektoskopier

Det har også vært tre planleggingsmøter mellom Sykehusbygg HF og Helgelandssykehuset HF v/Bjørn Bech-Hanssen i Trondheim.

Fred Mürer har koordinert kommunikasjonen mellom Sykehusbygg HF og Helgelandssykehuset HF og har gitt tilbakemeldinger på notatet før ferdigstilling via Skype og mail (mai og juni 2017).

## 2 Gjennomgang av områder i konseptrapporten

### 2.1 Aktivitetsgrunnlaget

For spesialisthelsetjenesten er i hovedsak poliklinikkjenester, medisinsk dagbehandling og bildediagnostikk framskrevet som aktivitetsgrunnlag for DMS i Brønnøysund. Disse områdene i konseptrapporten er gjennomgått på nytt. I tillegg er aktivitetstall for øyesykdommer, hjerte- og karsykdommer, rektoskopier og dialyse belyst grundigere på bakgrunn av tilbakemeldinger fra Helgelandssykehuset HF etter ferdigstilling av konseptrapporten. Det er også utarbeidet et forslag til bemanning i DMS-et fra spesialisthelsetjenesten og gjort en beregning av kapasitetsbehovet i DPS i Brønnøysund. Dette blir presentert i notatet.

### 2.2 Pasientgrupper som kan få et tilbud i spesialisthelsetjenesten, framskriving av aktivitet og kapasitetsbehov

Gjennomgangen av poliklinikkaktiviteten for DMS-et som er beskrevet i konseptrapport 31. mai 2016, konkluderer med at tjenestetilbudet vil være realistisk og hensiktsmessig for pasientene i DMS-kommunene. Det anbefales derfor at aktivitetsgrunnlaget fra 2014, framskrevet poliklinikkaktivitet til 2030 og antall poliklinikkrom beholdes, dvs. 9 rom (hvorav 2 rom er beregnet for å ivareta hjerte- og karsykdommer og 2 rom for et framtidig øyetilbud). Det betyr at med noen unntak anbefales det at 80 prosent av de som i dag behandles i poliklinikk i Helgelandssykehuset HF eller hos andre, og som er bosatt i DMS-kommunene (Brønnøy, Sømna, Vega, Vevelstad), kan få et tilbud i DMS-et. Det er beregnet at 50 prosent av pasientene som behandles i poliklinikker i Nordlandssykehuset HF og 80 prosent av de samme i Helse Nord-Trøndelag HF, kan gis et tilbud i DMS-et. Samlet blir dette i underkant av 6 800 konsultasjoner i 2014, framskrevet til 2030 blir antallet omlag 11 300 konsultasjoner. I de 11 300 konsultasjonene inngår oppbygging av øyetilbud på 2000 konsultasjoner i 2030.

Gjennomgangen av konseptrapporten har ført til små endringer for kjemoterapi, dialyse og ØNH-endoskopier. Det anbefales at:

- Åpningstiden økes fra 5 til 6 dager per uke for dialyse (stengt søndag)
- Kjemoterapitilbudet reduseres fra 100 til 80 prosent av aktiviteten
- Øre- nese-hals (ØNH) endoskopier reduseres fra 100 til 80 prosent av aktiviteten

Tabell 1 viser kjemoterapi, dialyse, lysbehandling og ØNH-endoskopier og -konsultasjoner i 2014 framskrevet til 2030 samt beregning av kapasitetsbehov (plassbehov). Den nye gjennomgangen gir en reduksjon i antall konsultasjoner for kjemoterapi og ØNH-endoskopier. Det er framskrevet omlag 360 konsultasjoner for kjemoterapi, 275 for dialyse, 340 for lysbehandling og 460 ØNH-endoskopier i 2030. Sammenlignet med konseptrapport 31. mai 2016, blir dette en reduksjon på omlag 100 konsultasjoner for hver av de to, dvs. for kjemoterapi og ØNH-endoskopier<sup>2</sup>.

På grunn av utvidet åpningstid i den nye beregningen av kapasitetsbehov, reduseres beregnet antall dialyseplasser fra 2 til 1. Det anbefales imidlertid å videreføre dagens 4 dialyseplasser i Helse- og omsorgssenteret i Brønnøysund. Dette utdypes i del 2.2.2.

<sup>2</sup> Beregningene som er grunnlaget for konseptrapporten, presenteres i «Hovedfunksjonsprogram, delfunksjonsprogram, person- og vareflyt» 31.05.2016, s. 23

**Tabell 1**  
**Antall konsultasjoner 2014, 2030 og kapasitetsbehov**

Dagbehandling	Konsult 2014	Framskrevet 2030 (demogr og kvalit fakt.)	Plassbehov	Avrundet oppover
98 Kjemoterapi (ekstrahert fra de andre HDG-ene) (80%)	210	363	0,79	1
Dialyse (100%) 6 dager per uke	203	275	0,88	1
Lysbehandling (100%)	252	339	0,09	1
ØNH-endoskopier (80%)	317	456	0,12	1
3 Øre, nese- og halssykdommer (inkl endoskopi)	1067	1 535	0,56	1

I konseptrapporten ble det anbefalt 2 plasser til kjemoterapi da det var svært høy kapasitetsutnyttning av 1 plass (behovet var 0,99 plasser). Når aktiviteten reduseres til 80 prosent blir behovet beregnet til 0,79 plasser. Behandlingstiden for kjemoterapi er satt til 4 timer, noe som betyr at det er mulig å gjennomføre 2 pasientbehandlinger per dag med 1 plass. Det anbefales likevel at det etableres 2 plasser for å øke fleksibiliteten noe og for å tilrettelegge for annen medisinsk infusjonsbehandling. Det anbefales også at beslutninger knyttet til hvor cytostatika skal tilberedes og sendes fra tas i forprosjektfasen.

I den nye gjennomgangen har rektoskopier blitt inkludert i DMS aktiviteten. I 2014 ble det utført 46<sup>3</sup> rektoskopier; 42 av disse inngår i den beregnede poliklinikkaktiviteten (omtalt ovenfor). Rektoskopier planlegges utført i ordinære poliklinikkrom. I det videre arbeidet bør utstyrsbehovet for rektoskopi vurderes (bl.a. skop, lys, rengjøring og oppbevaring).

Tilbudet innen bildediagnostikk beholdes som planlagt i konseptrapport 31. mai 2016, dvs. det planlegges for at 80 prosent av aktiviteten knyttet til konvensjonell røntgen (RG), ultralyd (UL) og computertomografi (CT) kan utføres i DMS-et (omlag 4 900 konsultasjoner for RG, 1 300 for CT og 950 for UL framskrevet til 2030). Ett rom for hver av modalitetene anbefales videreført slik som det er beskrevet i konseptrapporten.

### 2.2.1 Poliklinikk – noen utvalgte områder

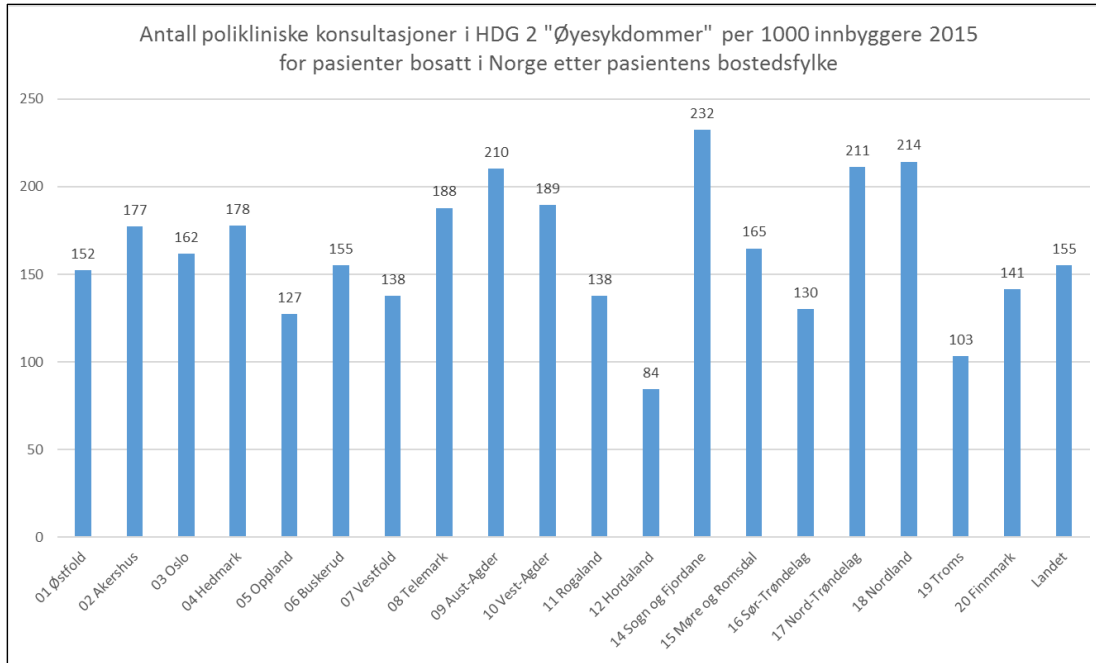
Nedenfor gjennomgås og utdypes områdene øyesykdommer og hjerte- og karsykdommer. Dialyse omtales i del 2.2.2.

#### Øyesykdommer

I 2014 var de fleste øyekonsultasjoner for befolkningen i DMS kommunene utført av avtalespesialist. I konseptfasen ble det tilrettelagt for at Helgelandssykehuset HF kan bygge opp et poliklinisk øyetilbud i Brønnøysund. Aktiviteten ble anslått til 2000 konsultasjoner i 2030.

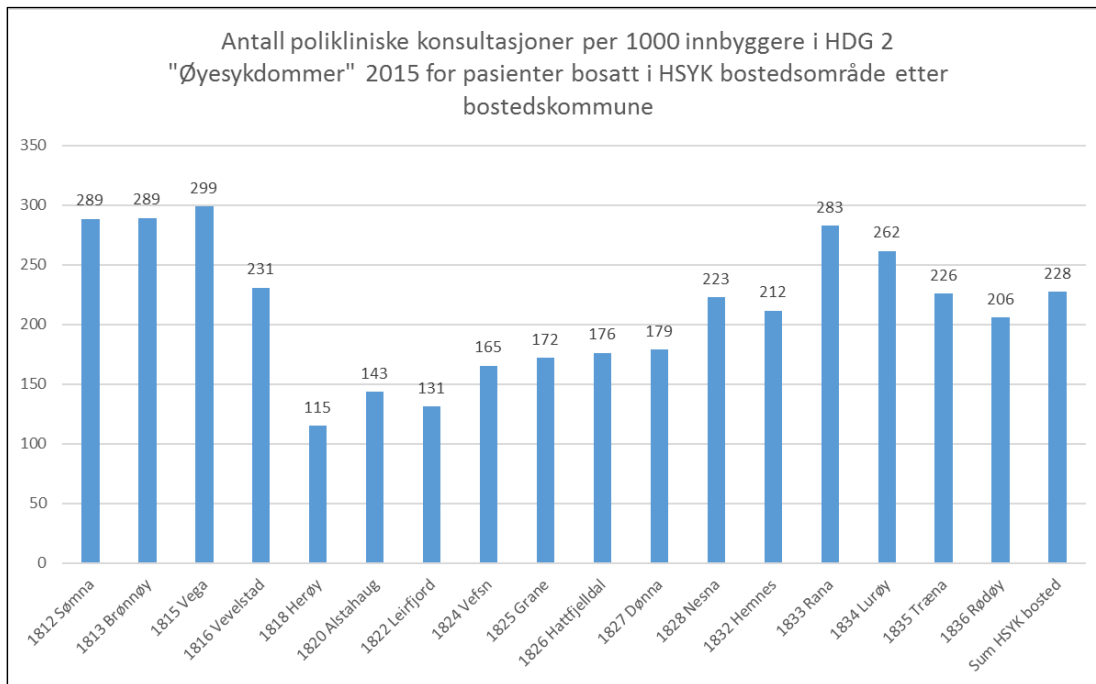
Helgelandssykehuset HF har bedt Sykehusbygg HF om å utdype den polikliniske aktiviteten for øyefaget (inkludert avtalespesialister). Figur 1 viser en fylkesvis oversikt over antall polikliniske konsultasjoner for øyesykdommer per 1000 innbyggere. Nordland fylke hadde det nest høyeste forbruket med 214 konsultasjoner i 2015 mens landsgjennomsnittet var på 155 konsultasjoner per 1000 innbyggere (avtalespesialister inkludert).

<sup>3</sup> Helgelandssykehuset har oppgitt prosedyrekodene JUG02 og JUG05 for rektoskopi



**Figur 1 Antall polikliniske konsultasjoner (avtalespesialister inkludert) i HDG 2 «Øyesykdommer» per 1000 innbyggere 2015 for pasienter bosatt i Norge etter pasientens bostedsfylke**

Figur 2 nedenfor viser antall polikliniske konsultasjoner for øyesykdommer per 1000 innbyggere i 2015 for pasienter bosatt i kommuner i Helgelandssykehusets bostedsområde.



**Figur 2 Antall polikliniske konsultasjoner (avtalespesialister inkludert) i HDG 2 «Øyesykdommer» per 1000 innbyggere 2015 for pasienter bosatt i Helgelandssykehuset bostedsområde etter bostedskommune**



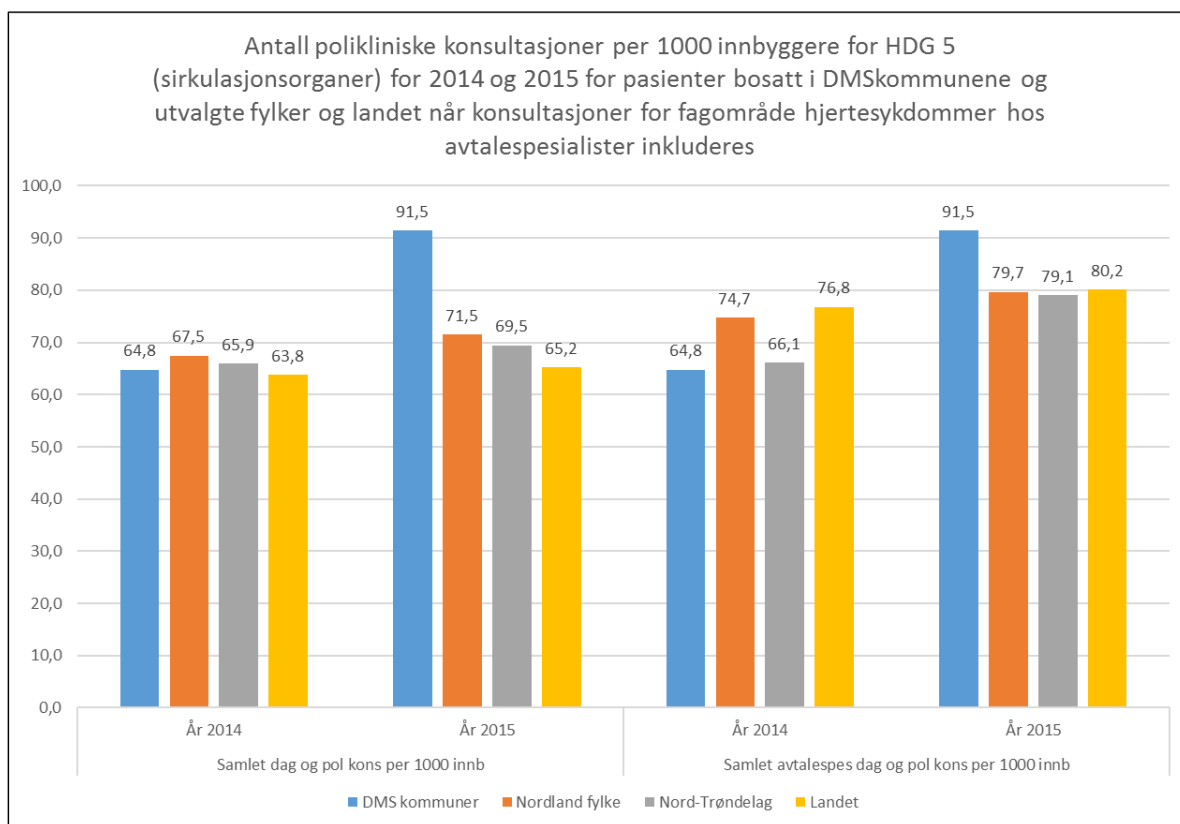
Tre av DMS-kommunene, Vega, Sømna og Brønnøy, hadde det høyeste forbruket blant kommunene med 299 og 289 konsultasjoner per 1000 innbyggere. Pasienter i Vevelstad kommune hadde 231 konsultasjoner (omtrent gjennomsnittsforkret i Helgelandssykehusets bostedsområde). I tillegg hadde Rana og Lurøy et høyt forbruk av øyekonsultasjoner i 2015. De tre kommunene Herøy, Alstahaug og Leirfjord ligger under landsgjennomsnittet (155 konsultasjoner per 1000 innbyggere).

Konseptrapportens anbefaling om 2000 konsultasjoner i 2030 og 2 poliklinikkrom for framtidig øyebehandling videreføres.

### Hjerte- og karsykdommer

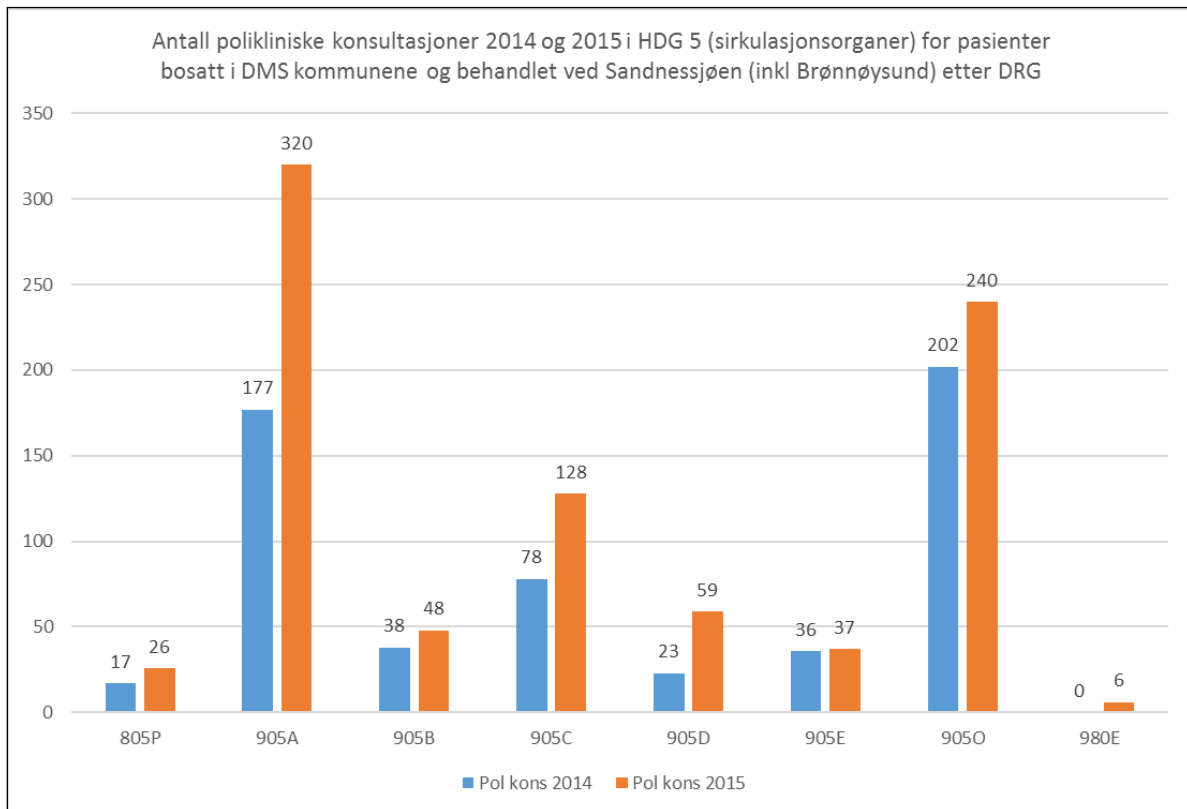
Det er i dag etablert et spesialisthelsetjenestetilbud for hjerte- og karsykdommer i Brønnøysund. Helgelandssykehuset har bedt Sykehusbygg undersøke om aktiviteten for hjerte- og karsykdommer i 2014 (datagrunnlaget), gir tilstrekkelig kapasitet i DMS-et. For å undersøke om aktivitetsnivået i 2014 er tilstrekkelig høyt og representativt for fagområdet, har vi sett på forbruket i DMS-kommunene i 2014 og 2015 og sammenlignet dette med Nord-Trøndelag, Nordland fylkeskommune og forbruket på landsbasis.

Figur 3 illustrerer at DMS-kommunenes forbruk av dag- og polikliniske konsultasjoner for hjerte- og karsykdommer, med og uten avtalespesialister, sammenlignet med Nord-Trøndelag, Nordland fylke og landet. Når avtalespesialister inkluderes, hadde DMS-kommunene et lavere forbruk enn de andre to fylkene og landsgjennomsnittet i 2014. Figuren viser at aktiviteten i DMS-kommunene økte betydelig fra 2014 til 2015; fra 64,8 til 91,5 konsultasjoner per 1000 innbyggere. Dette er 11,3 prosentpoeng over landsgjennomsnittet (80,2) i 2015. Nord-Trøndelag og Nordland fylke lå omtrent på landsgjennomsnittet i 2015.



**Figur 3** Antall polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere for sirkulasjonsorganer for 2014 og 2015 for pasienter bosatt i DMS-kommunene og utvalgte fylker og landet. Konsultasjoner hos avtalespesialister for fagområdet hjertesykdommer er inkludert

For å illustrere hva den økte aktiviteten innebærer for pasienter som er bosatt i DMS-kommunene, har vi sett nærmere på hvilke DRG-er som er registrert i hoveddiagnosegruppe 5 «Sykdommer i sirkulasjonsorganene». Figur 4 viser antall polikliniske konsultasjoner for sirkulasjonsorganer for pasienter som var bosatt i DMS-kommunene og behandlet ved Sandnessjøen (inkl. Brønnøysund) etter DRG i 2014 og 2015. Når 2014 sammenlignes med 2015, kommer det fram at aktiviteten har økt i alle DRG-ene. Alle disse konsultasjonene er enten behandling eller diagnostikk på poliklinikk eller en kombinasjon av dette. En stor andel av disse konsultasjonene har enten vært en EKG prosedyre og/eller en ultralyd undersøkelse, og det er disse prosedyrene og undersøkelsene som blant annet bidrar til at konsultasjonene grupperes til forskjellige DRG-er.



**Figur 4 Antall polikliniske konsultasjoner i 2014 og 2015 for sirkulasjonsorganer for pasienter bosatt i DMS-kommunene og behandlet ved Sandnessjøen (inkl. Brønnøysund) etter DRG**

Når det gjelder spørsmålet om kapasitetsberegningen er for lav for hjerte- og karsykdommer, og at det derfor kan komme til å bli for lite tilgjengelig areal (polikliniske rom), har vi gjort en ny kapasitetsberegning. Beregningen viser at dersom 2015 aktiviteten framskrives til 2030, vil behovet for rom øke fra 0,33 (utgangspunkt i 2014) til 0,53 rom.

Det er en forutsetning at det planlegges med generelle poliklinikkrom (undersøkelses- og behandlingsrom) som kan benyttes på tvers av fagområdene i DMS-et. Det innebærer at andre fagområder kan benytte samme poliklinikkrom som hjerte- og karsykdommer. Til tross for at pasienter med hjerte- og karsykdommer har økt aktivitet i 2015 sammenlignet med 2014, vil pasientgruppen ha tilstrekkelig areal fordi det i konseptfasen ble planlagt 1 ekstra poliklinikkrom (tilsammen 2 rom) for å ivareta arbeids-EKG, ekkokardiografi og ultralyd undersøkelser. Dette anbefales videreført.

### 2.2.2 Dagbehandling – dialyse

I dag er det 4 dialyseplasser i Helse- og omsorgssenteret i Brønnøysund. Antallet plasser er foreslått

videreført i framskrivingen til 2030. Det er imidlertid stilt spørsmål fra Helgelandssykehuset om 4 dialyseplasser er tilstrekkelig for dialysebehandling i framtida. Det er også gitt tilbakemelding om at DMS-et bør ha 1 dialyseplass som gir mulighet for å skjerme pasienter med infeksjonssykdommer (f. eks. MRSA).

Antallet pasienter med behov for dialyse varierer. En liten økning i antallet pasienter, gir en betydelig økning i aktiviteten fordi pasientene ofte får dialysebehandling 3 ganger per uke, noen har behov for 4 ganger per uke. Høsten 2016 ga fagmiljøet i Helgelandssykehuset HF tilbakemelding om at 4 pasienter fikk dialysebehandling ved Helse- og omsorgssenteret i Brønnøysund. I løpet av 2014 og i 2015 var det færre enn 4 pasienter som mottok dialysebehandling (data fra Norsk pasientregister).

I konseptrapporten ble kapasiteten i DMS-et beregnet med en åpningstid på 5 dager per uke. I den nye gjennomgangen ønsker Helgelandssykehuset HF at dialysebehandling skal kunne tilbys 6 dager per uke i det framtidige DMS-et (søndagsstengt). Hver dialysebehandling er beregnet med en varighet på 5 timer. Åpningstiden i DMS-et er beregnet til 8 timer. Det betyr at det er kapasitet til 4 pasienter per dag.

4 dialyseplasser og en åpningstid på 6 dager per uke, gir mulighet for 24 behandlinger per uke. Dersom pasientene får dialysebehandling 3 ganger per uke, gir dette en kapasitet på 8 pasienter per uke dersom pasientene fordeles på alle 6 åpningsdagene. Dette betyr at 4 pasienter med rutinemessig dialyse hele året beslaglegger ca. halvparten av denne kapasiteten.

I den nye gjennomgangen er konklusjonen at det sannsynligvis er tilstrekkelig med 4 dialyseplasser i DMS-et (samme antall dialyseplasser som i dag). Andelen hjemmedialyse ligger i dag på omlag 30 prosent i Helgelandssykehuset. Det forventes at aktiviteten vil ligge på minst samme nivå i framtiden<sup>4</sup>. Dersom det skulle oppstå behov for flere dialyseplasser i DMS-et, kan åpningstiden økes til 10 timer per dag i perioder med ekstra stor aktivitet. I forprosjektet bør det vurderes om 1 av de 4 dialyseplassene skal være tilrettelagt for pasienter som har infeksjonssykdommer for å redusere risiko for smitte.

## 2.3 Andre spesialisthelsetjenester

### **Prehospitale tjenester**

Etter at konseptrapporten ble ferdigstilt, har det kommet endringer for de prehospitale tjenestene i det framtidige DMS-et. Bilambulanse skal fortsatt ha oppstillingsplasser for 3 ambulanser, vaskehall og 5 overnattingsrom med tilhørende kjøkken, oppholdsrom etc. Det er imidlertid usikkert om helikopter og flytjenesten (luftambulansen) skal ha oppholdsfasiliteter i DMS-et. Dette vil utredes i forprosjektfasen.

### **Overnattingsrom for spesialisthelsetjenesten**

I konseptrapporten ble det planlagt med 5 overnattingsrom som kunne bestilles etter behov av spesialisthelsetjenesten. Helgelandssykehuset har besluttet at disse skal utgå fra konseptrapporten.

### **Intermediære døgnplasser**

I konseptfasen ble det planlagt et samarbeid om 6 intermediære døgnplasser/ensengsrom mellom kommuner og Helgelandssykehuset HF. Helgelandssykehuset HF har gitt tilbakemelding om at dette området avklares nærmere i forprosjektfasen.

---

<sup>4</sup> Oppdragsdokument 2017 fra Helse Nord RHF til helseforetakene: Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30%

## 2.4 Oppsummering – gjennomgang av områder i konseptrapporten

Det anbefales å beholde samme antall poliklinikkrom, dagplasser og bildediagnostikkrom (inkludert støtterom) som i konseptrapport 31. mai 2016, dvs. henholdsvis 9 rom, 6 dagplasser, 1 lysbehandlingsrom og 3 rom for konvensjonell røntgen, CT og ultralyd. For prehospitale tjenester beholdes arealet som er beskrevet for bilambulansse i konseptrapporten. Oppholdsfasiliteter for luftambulansse utredes i forprosjektfasen.

### 3 Forslag til bemanning i spesialisthelsetjenesten

Det framtidige DMS-et i Brønnøysund gir befolkningen i Sør-Helgeland en utvidelse av spesialisthelsetjenestetilbudet sammenlignet med det som gis i dagens Helse- og omsorgssenter i Brønnøysund. I DMS-et får spesialisthelsetjenesten og kommunene Brønnøy, Sømna, Vega og Vevelstad muligheter til å utvikle en samhandlings- og kompetansearena som er viktig for å optimalisere og utnytte felles ressurser.

I tillegg til en gjennomgang av hvilke spesialisthelsetjenester DMS-et i Brønnøysund skal tilby, har Helgelandssykehuset HF bedt om en utredning om hvordan man best skal kunne bemanne spesialisthelsetjenestene.

#### 3.1 Resepsjon, ekspedisjon 1. og 2. etasje

DMS-et er planlagt slik at pasienter og andre besøkende kommer inn hovedinngangen i 1. etasje til vestibyle og resepsjonsområde. Pasienter som skal til spesialisthelsetjenesten kan henvende seg til ansatte i resepsjonen eller evt. registrere seg i en selvinnsjekkautomat for å få beskjed om hvilken ventesone han/hun skal til, dvs. i 1. etasje (bildediagnostikk) eller 2. etasje (poliklinikk).

Det vil være kommunalt ansatte i resepsjonen. Helgelandssykehuset HF kan inngå en avtale med kommunen om at ansatte i resepsjonen også ivaretar henvendelser knyttet til spesialisthelsetjenesten.

Ventesonen i 2. etasje er felles for poliklinikk, laboratorium og fastleger. I skisseprosjektet ble det plassert en ekspedisjon i området. Denne kan benyttes av hjelpepersonell i poliklinikken, eventuelt kan kommunalt ansatte motta henvendelser fra spesialisthelsetjenesten (etter avtale mellom Helgelandssykehuset HF og kommunen).

#### 3.2 Bildediagnostikk 1. etasje

Bilediagnostikk vil i hovedsak benyttes elektivt av poliklinikk og fastleger og i akutte situasjoner av legevakten.

En (1) radiograf i tilstedevakt på dagtid i DMS-et kan dekke arbeidet knyttet til CT og konvensjonell røntgen. I neste fase bør det vurderes om det skal være bemanning knyttet til kveld, natt og helgedager (vaktordning/tilkallingsvakt). Bilder kan sendes og beskrives av radiologer eller beskrivende radiografer utenfor DMS-et, eventuelt kan ambulerende radiolog bidra i dette arbeidet.

Ultralyd utføres vanligvis av lege. Dersom ambulerende radiolog er tilstede, kan ultralyd kan utføres av han/henne. I framtiden er det også en mulighet for at spesialutdannet radiograf kan gjøre ultralydundersøkelser og sende bildene til legespesialist utenfor DMS-et for tolkning.

I forprosjektet kan det vurderes om bildediagnostikkområdet har bruk for en ekspedisjon. I skisseprosjektet ble det vist en felles ekspedisjon for legevakt og bildediagnostikk.

#### 3.3 Ambulansetjeneste

Ambulansetjenesten har en egen bemanningsoversikt. I det videre arbeidet bør samhandlingsmulighetene med de øvrige områdene i DMS-et diskuteres.

#### 3.4 Poliklinikk

Legespesialistbemanningen i DMS-et er beregnet til totalt 4,7 årsverk. Vurdert ut fra dagens praksis, vil en kombinasjon av ulike spesialister kunne ivareta poliklinikkaktiviteten. For øyefaget vil aktiviteten i framtida kreve om lag 0,8 årsverk.

### 3.5 Organisering og ansettelsesforhold

Helgelandssykehuset HF foreslår å organisere aktiviteten slik at legespesialistene blir tilknyttet en avdeling eller et fagmiljø i sykehus for å sikre god kompetanse. I praksis betyr dette at det legges til rette for ambulerende til eller fra Brønnøysund (for de som er bosatt i Brønnøysund).

Det pågår en endring av arbeidsoppgaver fra leger til sykepleiere, fysioterapeuter o.a. Endringen av arbeidsoppgaver fra en yrkesgruppe til en annen omtales ofte som jobbglidning eller oppgaveglidning. Dette innebærer at sykepleiere (som har spesialutdanning eller fått opplæring) kan utføre konsultasjoner alene, når lege er tilgjengelig på stedet eller tilgjengelig via telemedisin. I framtida vil antakelig sykepleiere og annet helsepersonell komme til å erstatte en andel av legeårsverkene som er beregnet for DMS-et. Som beskrevet i konseptrapporten (kap. 13.3), forventes det også at teknologiske løsninger skal bidra til endring i de tradisjonelle konsultasjonene. Telemedisin gjør det mulig for fastlege og pasient i DMS-et å ta opp problemstillinger og gjennomføre konsultasjoner med legespesialister i sykehus<sup>5</sup>.

Mange konsultasjoner utføres av legespesialist uten hjelpepersonell til stede. Selv om dagens praksis varierer noe, er det nødvendig eller hensiktsmessig med hjelpepersonell tilstede ved en del av de polikliniske konsultasjonene. Arbeidsoppgavene kan være informasjon, samtaler og opplæring før og etter legekonsultasjon, blodprøvetaking, assistanse ved oppdekking eller rengjøring av utstyr/instrumenter.

Når det gjelder hjerte- og karsykdommer, utføres vanligvis arbeids-EKG (belastnings-EKG) med lege og sykepleier tilstede, eventuelt skal legen være i umiddelbar nærhet<sup>6</sup>. Ved for eksempel ultralydundersøkelse av hjertet, ekkokardiografi, kan sykepleier forberede pasienten (EKG, blodprøver mm.) mens legen gjennomfører en konsultasjon med annen pasient. I de senere årene er det opprettet ekkoteknikerutdanning for å framskaffe personell som kan utføre ekkokardiografi. Ekkoteknikere kan også vurderes om en del av bemanningen i DMS-et.

For gynekologi og ØNH-sykdommer vil det være behov for noe assistanse. Det tilrådes å legge til rette for at de gynekologiske undersøkelsene kan gjennomføres med en tredje person tilstede.

Ved rektoskopi vil sykepleier ofte være tilstede for å assistere legen (utført 46 rektoskopier i 2014 i DMS-kommunene).

Dersom sykepleiere ansettes som hjelpepersonell i poliklinikken, vil de kunne dekke ulike arbeidsoppgaver i poliklinikken, både sykepleieroppgaver og assistanse ved undersøkelser. Det anslås et behov for 1 til 2 årsverk. Antallet sykepleiere vil være avhengig av når de ulike konsultasjonene og undersøkelsene planlegges, dvs. Helgelandssykehusets arbeidsplaner for DMS-et.

### 3.6 Dagområde for dialyse, kjemoterapi

Dialysebehandling og kjemoterapi er planlagt i et felles dagområde i poliklinikken i andre etasje. Det vil være behov for to sykepleiere for fire dialysepasienter. Sykepleiere som får opplæring i både dialysebehandling og kjemoterapi, kan samarbeide om å ivareta pasienter som skal til slik behandling. Det betyr at dersom 3 sykepleiere er på vakt i dagområdet, vil det være noe ekstra kapasitet til å utføre arbeid i poliklinikken. Med 1 sykepleier i poliklinikken dvs. 4 sykepleiere totalt,

<sup>5</sup> Service innovation from the edges: enhanced by telemedicine decision support. Osmundsen et al. Pers Ubiquit Comput 2015

<sup>6</sup> <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/undersokelser/arbeids-ekg/>.  
<http://tidsskriftet.no/2004/02/tema-hjertesykdommer/arbeids-ekg>

kan DMS-et få et fleksibelt sykepleierteam med bred kompetanse til å utføre ulike arbeidsoppgaver både i dag- og poliklinikkområdet. (I perioder med lav aktivitet vil behovet for bemanning være redusert.)

I dagens Helse- og omsorgssenter ivaretar jordmødre dialysearbeidet. I dette notatet tas det ikke stilling til om denne ordningen skal videreføres på grunn av at fødeområdet ikke er en del av konseptrapporten.

Lysbehandling ivaretas i dag av kommunalt ansatte. Dette kan videreføres etter avtale med kommunen. Pasientene har vanligvis konsultasjoner med lege i poliklinikken med jevne mellomrom.

### 3.7 Laboratorium

Laboratoriet drives i dag av kommunen. Helgelandssykehuset HF kan inngå en avtale om kjøp av tjenester fra kommunen. Med en slik ordning, vil sykepleiere i spesialistpoliklinikken kunne bistå med prøvetaking, og laboratoriet analyserer eller sender prøver.

### 3.8 Oppsummering av bemanning i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenestetilbudet som planlegges i DMS-et, vil bli mer omfattende enn tilbudet i dagens helse- og omsorgssenter. Når det gjelder framtidig bemanning fra spesialisthelsetjenesten i DMS-et, er det viktig å påpeke at dagens arbeidsfordeling, team- og samarbeid mellom fagpersonell kan komme til å bli endret. Ser vi på oppgavene til spesielt leger og sykepleiere i sykehus, har de endret seg gradvis som en følge av utdanning, utvikling i diagnostikk og behandlingstilbud og ny organisering<sup>7</sup>.

DMS-et vil legge til rette for sambruk av rom, samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, kompetanseutvikling og oppgaveglidning. Eksempelvis kan kompetanse og samarbeid utvikles mellom fastleger og legespesialister; sykepleiere i fastlegeområdet og i poliklinikk/dagområde; ambulanse, legevakt og kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser (KAD/ØHD). DMS-et vil kunne tilrettelegge for gode pasientforløp for grupper som har behov for tilbud både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten.

En nærmere avklaring av samarbeidet i DMS-et vil bli gjort i forprosjektet.

Tabell 2 viser en oppsummering av anslått behov for personell fra spesialisthelsetjenesten. Poliklinikk og dagområde gjelder for somatisk sektor og inkluderer ikke personell til psykisk helsevern (DPS i Brønnøysund).

---

<sup>7</sup> Bedre tilbud til hjertesyke. Husby M.I. m.fl. Sykepleien 2014 102(14)(66-9)

**Tabell 2 Forslag til bemanning i DMS**

Personell	Årsverk i spesialisthelsetj.	Samarbeid med kommunen	Merknad
Resepsjon, ekspedisjon		x	Etter avtale med kommune og Helgelandssykehuset
Bildedagnostikk	Dag: 1 radiograf		Evt. ambulerende radiolog. Vurdere vaktordning i neste fase
Ambulanse (bil)			Egen plan
Poliklinikk*	4,7 leger 1-2 sykepleier		Dersom 2 spl, vil 1 av disse bistå både i poliklinikk og i dagområdet
Dagområde	3-2 sykepleier		2 sykepleiere tilstede ved dialyse
Lysbehandling		x	Etter avtale med kommune og Helgelandssykehuset
Laboratorium		x	Etter avtale med kommune og Helgelandssykehuset

\*En sykepleier i poliklinikken kan erstattes av en hjelpepleier e.l. for å assistere leger ved oppgaver som oppdekking og vask av utstyr.

Dagens bemanning av legespesialister i Helse- og omsorgssenteret er omlag 1 årsverk (60 prosent hjerte- og karsykdommer, 25 prosent fødselshjelp og kvinnesykdommer, noe ambulerende fra andre spesialiteter). Fødestua har 5 årsverk jordmødre og 2 årsverk barnepleiere. Dialysen har 0,2 årsverk sykepleiere og 0,6 årsverk jordmødre. Personellet fra fødestua og dialysen betjener også poliklinikken.

### 3.9 Intermediære døgnplasser

Etablering av eventuelle intermediærplasser i DMS-et skal avklares nærmere i forprosjektfasen.

I Helse- og omsorgssenteret i Brønnøysund er det i dag en døgnettenhet med 10 enerom for kommunale korttidsopphold (bogrupper)<sup>8</sup>. I konseptfasen for DMS-et ble det planlagt å endre denne enheten slik: Etablere 6 intermediære døgnplasser i et samarbeid mellom kommuner og Helgelandssykehuset HF. I tillegg skulle 4 kommunale døgnplasser videreføres hvorav 2 for øyeblikkelig hjelp døgnoophold<sup>9</sup> (ØHD/KAD).

For å kunne anslå bemanningsbehovet for intermediære døgnplasser, har vi innhentet informasjon fra ledere i Værnesregionen DMS og Fosen Helse IKS<sup>10</sup>. Dette er ment som et underlag og bidrag til vurderingen av bemanningsbehovet for intermediære døgnplasser i DMS i Brønnøysund.

Værnesregionen har en døgnettenhet på 20 senger (ensengsrom)<sup>11</sup>. Sengene fordeles slik: 12 intermediærsenger, 4 KAD/ØHD og 4 senger for kommunale korttidsopphold. I tillegg gis også medisinske infusjoner i 3 intermediære dagplasser (etablert i døgnettenheten). Døgnettenheten bemannes av erfarne sykepleiere og hjelpepleiere. Sykepleierne har en bred kompetanse og utfører også andre oppgaver på DMS-et, slik som dialyse og arbeid i spesialistpoliklinikk. I hovedsak er sykepleierne kommunalt ansatt, men noen har en deltidsstilling i Helse Nord-Trøndelag HF for å utføre spesialisthelsetjenester. Det er i tillegg ansatt fysioterapeut, ergoterapeut, lege og helsesekretær i

<sup>8</sup> Dagens bemanning: Dagvakt - 4 personer (minimum 2 sykepleiere). Kveld - 3 personer (minimum 2 sykepleiere). Natt - 1 sykepleier (mulighet for samarbeid med sykehjemmet ved behov for 2 personer)

<sup>9</sup> Somatikk

<sup>10</sup> Tlf og mail april 2017

<sup>11</sup> <https://www.stjordal.kommune.no/enheter/omsorg/distriktsmedisinsksenter/Sider/default.aspx>



deltidsstillinger. I døgnetenheten er det totalt 6 personer tilstede på dagvakt (minimum 3 sykepleiere), 4 personer på kveld (minimum 3 sykepleiere) og 2 sykepleiere på nattevakt.

Fosen Helse IKS<sup>12</sup> har en døgnetenhet med 13 døgnplasser<sup>13</sup> i et samarbeid med St. Olavs Hospital HF. Enheten har 3 plasser for kommunal øyeblikkelig døgnhjelp (ØHD/KAD) og 10 intermediære plasser tilrettelagt for oppfølging etter sykehusopphold. Døgnetenheten har kommunalt ansatte sykepleiere og hjelpepleiere. I tillegg er det ansatt leger og fysioterapeuter. Personalet har tilbud om hospitering og kurs som arrangeres av St. Olavs Hospital, og helseforetaket gjennomfører previsitt i døgnetenheten alle hverdager vha. videokonferanse. Sykepleiere fra døgnetenheten bistår også i Fosen legevaktsenter (kveld, natt og helg). I døgnetenheten er det totalt 4 personer tilstede på dagvakt (minimum 2 sykepleiere) og 2 personer både kveld, natt og helg (1 sykepleier og 1 hjelpepleier).

Døgnprisen på intermediærsengene både i Værnesregionen DMS, DMS Inn-Trøndelag og Fosen Helse IKS er om lag 3 500 kr (i 2015). Intermediærplassene finansieres av et «spleiselag» mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten: 1/3 dekkes av det regionale helseforetaket, 1/3 av helseforetaket og 1/3 av kommunene. Det pågår imidlertid en diskusjon om framtidig fordeling bør være 50 prosent kommunal finansiering og 50 prosent fra helseforetak – denne modellen benyttes av Trondheim kommune og St. Olavs Hospital HF.

Utfordringene med en døgnetenhet på 6 intermediære plasser i DMS-et i Brønnøysund, er å finne løsninger for effektiv drift og bemanning, dvs. legge til rette for samarbeid i døgnetenheten, samarbeid med annen institusjonsdrift og dra nytte av ressurser i bygget. Dersom 6 intermediærplasser skal etableres i DMS-et, foreslås det at personalet jobber fleksibelt mellom de 10 pasientene/brukerne i enheten. Det bør også vurderes om det vil være hensiktsmessig at sykepleierne utfører andre oppgaver i DMS-et.

---

<sup>12</sup> <http://fosen-helse.no/>

<sup>13</sup> Med muligheter for å øke til 16 plasser

## 4 Distriktpsikiatrisk senter i Brønnøysund

Det distriktpsikiatriske senteret i Brønnøysund (DPS) er i dag lokalisert i et eget bygg på nabotomta til framtidig DMS i Brønnøysund. DPS-et har «vokst ut» av sine lokaler, og det foreslås derfor å etablere virksomheten i nye lokaler i DMS-et. De nye lokalene for DPS-et vil føre til en samlokalisering av somatikk, psykisk helse og rus. Forslaget er kommet etter konseptfasen og godkjenning av konseptrapporten for DMS-et<sup>14</sup>. I del 4 i dette notatet presenteres framskrivning av aktivitet og kapasitet for DPS-et (første del av utredningen av samlokalisering).

Aktivitets- og kapasitetsframskrivning av DPS avhenger av hvordan Helgelandssykehuset HF ønsker å organisere virksomheten. Nedenfor presenteres tre alternativ:

1. Poliklinisk aktivitet i generelle konsultasjonsrom (undersøkelses- og behandlingsrom)  
Framskrivningen og kapasitetsberegningen gjøres etter samme metodikk som for somatikk og på bakgrunn av aktivitet i 2014
2. Kombinert kontor og konsultasjonsrom (behandlerkontor). Kapasitetsberegningen tar utgangspunkt i vurdert behov for antall behandlere
3. En kombinasjon av alternativ 1 og 2

### 4.1 Framskrivning av poliklinisk aktivitet i generelle konsultasjonsrom (alternativ 1)

Det er gjennomført en beregning av behovet for antall poliklinikkrom (konsultasjonsrom) i DPS Brønnøysund i 2030. Denne kapasitetsberegningen er utført etter samme metodikk som for somatiske tjenester. Beregningen er hentet fra en framskrivning som er gjort for Helse Nord RHF: *Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for HF-ene i Helse Nord RHF 2014 – 2040 (17.03.2017)*.

For dagaktiviteten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det benyttet en åpningstid på 6 timer per dag 230 dager per år. Konsultasjonstiden er 1,5 timer. I denne beregningen forutsettes det derfor at 4 pasienter behandles per dag per rom. Det forutsettes også at poliklinikkrommene er generelle og at de kan benyttes av flere behandlere (bestillingssystem).

Poliklinikkrommene både for barn og voksne bør planlegges slik at det er plass til minst 2 besøkende og 1 behandler per rom. I tillegg til generelle poliklinikkrom, beregnet for pasientbehandling, vil det være behov for spesialrom (f. eks. observasjonsrom, grupperom) og kontorarbeidsplasser i DPS-et.

#### 4.1.1 Psykisk helsevern – Barn og ungdom (PHV-BU)

I tabell 3 presenteres en oversikt over aktiviteten i 2014 for PHV barn og ungdom, framskrevet aktivitet til 2030 og beregnet kapasitetsbehov. Det er beregnet et behov for 4 poliklinikkrom (konsultasjonsrom) i 2030. Økningen i aktiviteten fra 2014 til 2030 er 26 prosent.

**Tabell 3 PHV-BU Brønnøysund. Antall konsultasjoner 2014 framskrevet til 2030 med tilhørende kapasitetsberegning**

År	Antall konsultasjoner	Ant. rom avrundet oppover
2014	2 515	3
2030	3 170	4

<sup>14</sup> Prosjektgruppemøte 13. januar 2017. Saknr 1, punkt 4: «En samstemt ledergruppe i HSYK går inn for å utrede samlokalisering av DMS og DPS i Brønnøysund»

#### 4.1.2 Psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

I tabell 4 presenteres oversikt over aktiviteten i 2014 for PHV voksne, framskrevet aktivitet til 2030 og beregnet kapasitetsbehov. Aktiviteten knyttet til TSB er inkludert i tallene for PHV voksne. I data fra Norsk pasientregister (NPR) har det ikke vært mulig å identifisere dagaktiviteten ved DPS i Brønnøysund. Vi har imidlertid fått oppgitt at aktiviteten i Brønnøysund tilsvarer 42,6 prosent av tilsvarende aktivitet i Sandnessjøen. Vi benytter denne prosentfordelingen på dagaktiviteten i Sandnessjøen for å estimere en aktivitet i 2014 for DPS Brønnøysund PHV voksne samt TSB. Nedenfor presenteres resultatene fra framskrivningen. Tallene for Sandnessjøen er hentet fra rapporten *Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for HF-ene i Helse Nord RHF 2014 – 2040 (17.03.2017)*.

**Tabell 4 PHV-V og TSB Brønnøysund. Antall konsultasjoner 2014 framskrevet til 2030 med tilhørende kapasitetsberegning**

År	Antall konsultasjoner	Ant. rom avrundet oppover
2014	5293	6
2030	6920	8

Det er beregnet et behov for 8 poliklinikkrom (konsultasjonsrom) i 2030. Økningen i aktivitet fra 2014 til 2030 er 30,7 prosent. I denne beregningen er det ikke justert for ambulant aktivitet utenfor egne lokaler. Dette bør fastsettes i det videre arbeidet med DPS.

#### 4.2 Framskrivning av poliklinisk aktivitet i behandlerkontor (alternativ 2)

Fagmiljøet innen psykisk helse i Helgelandssykehuset HF har gitt tilbakemelding om at de ønsker å videreføre den polikliniske aktiviteten i behandlerkontor; dvs. konsultasjoner, skrivearbeid og dokumentasjon foregår i samme rom. Dette er likt dagens praksis ved DPS-ene i Helgelandssykehuset HF der alle klinikere har eget kontor som brukes både til konsultasjoner og til skrivearbeid. Fagmiljøet har pekt på at «Bruk av dedikerte konsultasjonsrom, i kombinasjon med felles arealer for dokumentasjonsarbeid, er en arbeidsform som vil variere vesentlig fra det som er dagens praksis». Tabell 5 viser tilbakemeldingene fra fagmiljøet i Helgelandssykehuset<sup>15</sup>.

**Tabell 5 DPS Brønnøysund. Anslått behov for behandlerkontor og kontorarbeidsplasser**

Fag	2017 Hele stillinger	2030 Hele stillinger	Behandlerkontor/ kontorarb.plass
PHV-V	14,1	17	17
PHV-BU	7,7	9	9
Akutt ambulant team			2
Merkantil			3
Områdesjef			2g/uke
Habilitering og studenter			1

Ut fra aktiviteten i 2017 anslås et behov for omlag 17 hele stillinger (årsverk) i PHV-V og 9 i PHV-BU i 2030. Økningen er på hhv. 21 og 17 prosent. Dette gir som resultat at 2 pasienter behandles per dag per rom. (Framskrevet 6 920 konsultasjoner for voksne per år, 17 hele stillinger og 230 dager åpent i året gir i gjennomsnitt 1,8 pasienter per dag per rom. For barn og ungdom blir dette 1,5 pasienter).

<sup>15</sup> Mail datert 21. og 22. mars 2017

I tillegg har et nystartet ambulant akutt-team med 2 ansatte behov for kontorlokaler. Det er også 3 merkantile stillinger knyttet til PHV-V og PHV-BU. Det er behov for 1 kontor til habilitering og studenter samt behov for plass til områdesjef som er tilstede 2 dager per uke.

Behandlerkontor bør, som generelle konsultasjonsrom, planlegges slik at det er plass til minst 2 besøkende og 1 behandler per rom. I tillegg er det behov for noen spesialrom rom (f. eks. observasjonsrom, grupperom). På grunn av at behandlerkontor er faste arbeidsplasser, stilles det krav om dagslys til hvert kontor, dvs. i 26 behandlerkontor (alternativ 2). Dette kan være utfordrende å løse i et bygg. Til sammenligning er det beregnet et behov på 12 generelle konsultasjonsrom i alternativ 1. I tillegg til de generelle konsultasjonsrommene, må det tilrettelegges for kontorarbeidsplasser i alternativ 1. Dersom disse etableres i et felles kontorområde, vil det være enklere å tilfredsstille kravet om dagslys til området.

#### 4.3 Oppsummering distriktpsikiatrisk senter i Brønnøysund

Helgelandssykehuset HF kan velge framskriving av poliklinisk aktivitet i generelle konsultasjons rom (alternativ 1), i behandlerkontor (alternativ 2), eller en kombinasjon av disse (alternativ 3). Det er behov for spesialrom både i alternativ 1 og 2. Dersom alternativ 1 blir valgt, planlegges kontorområdet i tillegg.

Funksjonsplanlegging for DPS-et er ikke gjennomført. Funksjonsplanlegging gjøres vanligvis i konseptfasen med medvirkning fra ansatte. Det betyr at det gjenstår å drøfte framtidige pasientforløp og arbeidsprosesser samt å planlegge støtterom og spesialrom knyttet til DPS området. I dette arbeidet vil muligheter for sambruk av rom og/eller områder i DMS-bygget også vurderes. Ved en samlokalisering av somatikk, psykisk helse og rus vil det være naturlig å legge til rette for sambruk av blant annet møterom i bygget.

Det anbefales at funksjonsplanleggingen fortsetter i forprosjektfasen.

## 5 Konklusjon

Konseptrapporten beskriver en utvidelse av spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i kommunene Brønnøy, Sømna, Vega og Vevelstad. Denne gjennomgangen konkluderer med at tjenestetilbudet som er beskrevet i konseptrapporten, framstår som et hensiktsmessig tilbud i DMS-et i Brønnøysund. Det er bare anbefalt noen mindre justeringer av behandlingstilbudet knyttet til dagbehandling og endoskopier.

Notatet forslår en løsning for bemanning i DMS-et som skal følges opp og vurderes av Helgelandssykehuset. Når det gjelder distriktpsikiatrisk senter, luftambulansse og intermedieærplasser, vil utredningene fortsette i neste fase.