



Nye Helgelandssykehuset

Faglig strategisk utviklingsplan 2021-2035

Versjon	1.0
Dato	18.06.2021
Status	Grunnlag for styrebehandling
Utarbeidet av	Sykehusbygg HF
Godkjent av	Helgelandssykehuset HF

1.	Innledning.....	6
1.1.	Kapittelinndeling	6
2.	Sammendrag	7
2.1	Bakgrunn	7
2.2	Organisering av arbeidet	8
2.3	Oppsummering fra arbeidsgruppene faglige innspill	9
3	Begrepsavklaringer.....	13
3.1	Om hovedsykehus	13
4.	Beslutninger og forutsetninger	15
4.1	Begrunnelse for oppdatering av overordnet faglig strategisk utviklingsplan	15
4.2	Mandat	15
4.3	Mål for prosjekt Nye Helgelandssykehuset.....	16
4.3.1	Samfunns mål.....	16
4.3.2	Effekt mål	17
4.3.3	Avgrensning	17
4.3.4	Grunnlag for oppdatering av faglig strategisk utviklingsplan.....	18
5	Organisering av prosjekt Nye Helgelanssykehuset	19
5.1	Prosjektets styringsstruktur	19
5.2	Organisering av ressurser i arbeidet med utviklingsplan	19
5.2.1	Organisering av prosessen	19
6	Nåsituasjonen i HSYK, overordnet beskrivelse.....	21
6.1	Overordnet bilde av nåsituasjonen	21
7	Helgelandssykehuset i utvikling, samlet framskriving.....	22
7.1.1	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser	22
7.1.2	Somatisk sektor	22
8	Innledning om pasientrettede tjenester	23
8.1	Om pasientlekkasjer	23
8.2	Om pasientforløp	24
9	Arbeidsgruppene vurderinger og overordnede utviklingsplaner	28
9.1	Samhandling Helgeland.....	28
9.1.1	Dagens samhandlingsformer på Helgeland.....	29
9.1.2	Utfordringer og muligheter knyttet til samhandling og teknologi.....	30
9.1.3	Hva må til for å utvikle fremtidens teknologiske tjenester på Helgeland:.....	31
9.1.4	Framtidens samhandling på Helgeland	32
9.2	Psykisk helsevern, TSB og habilitering.....	45

9.2.1	Spesifikke vedtak i Foretaksprotokollen.....	45
9.2.2	Dagens virksomhet	45
9.2.3	Dagens forbruk og beregnede behov i 2035	52
9.2.4	Trender, utviklingstrekk, nye forutsetninger	55
9.2.5	Utvalgte pasientforløp.....	56
9.2.6	Oppgavefordeling og endringer i pasientstrømmer.....	56
9.2.7	Utviklingsområder	57
9.2.8	Dimensjonering	60
9.3	Indremedisin.....	62
9.3.1	Dagens virksomhet	62
9.3.2	Trender, utviklingstrekk, nye forutsetninger	70
9.3.3	Utvalgte pasientforløp.....	72
9.3.4	Oppgavefordeling og endringer i pasientstrømmer.....	74
9.3.5	Utviklingsområder for Indremedisin	75
9.3.6	Dimensjonering	78
9.4	<i>Kirurgi, ortopedi, plastikk-kirurgi, urologi, anestesi, ØNH og øye</i>	80
9.4.1	Spesifikke vedtak i Foretaksprotokollen.....	80
9.4.2	Dagens virksomhet	80
9.4.3	Trender, utviklingstrekk, nye forutsetninger	85
9.4.4	Utvalgte pasientforløp.....	88
9.4.5	Framtidig oppgavefordeling og endringer i pasientstrømmer.....	89
9.4.6	Utviklingsområder	91
9.4.7	Dimensjonering	93
9.5	Gynekologi (kvinnesykdommer) og fødselsomsorg	95
9.5.1	Dagens virksomhet	95
9.5.2	Nye Helgelandssykehuset - spesifikke vedtak fra Foretaksprotokollen.....	99
9.5.3	Trender, utviklingstrekk, nye forutsetninger	100
9.5.4	Oppgavefordeling og endringer i pasientstrømmer.....	102
9.5.5	Utviklingsområder	103
9.5.6	Dimensjonering	106
9.6	Bilddiagnostikk	107
9.6.1	<i>Innledning</i>	107
9.6.2	Dagens virksomhet	108
9.6.3	Aktivitet	109
9.6.4	Åpningstider	109
9.6.5	Vaktplan.....	110

9.6.6	Pasientstrømmer.....	110
9.6.7	Trender, utviklingstrekk, nye forutsetninger	111
9.6.8	Utvalgte pasientforløp	114
9.6.9	Pasientstrømmer og oppgavefordeling.....	115
9.6.10	Dimensjonering	115
9.6.11	Framskrivning	116
9.6.12	Oppsummering.....	118
9.7	Laboratoriemedisin og blodbank	119
9.7.1	Innledning.....	119
9.7.2	Spesifikke vedtak i Foretaksprotokollen	119
9.7.3	Dagens virksomhet.....	120
9.7.4	Aktivitet laboratoriemedisin.....	120
9.7.5	Aktivitet blodbank	122
9.7.6	Karakteristika ved dagens virksomhet	122
9.7.7	Logistikk blodprøver og forsendelser av blodprodukter	124
9.7.8	Samhandling mellom HSYK og andre HF, sykehus i HSYK og DMS i Sør-Helgeland	126
9.7.9	Trender, utviklingstrekk, nye forutsetninger	126
9.7.10	Pasientstrømmer og oppgavefordeling.....	128
9.7.11	Dimensjonering	128
9.7.12	Oppsummering.....	128
9.8	Forskning, innovasjon, utdanning og opplæring. Rekruttering og bemanning.....	130
9.8.1	Spesifikke vedtak i Foretaksprotokollen.....	130
9.8.2	Dagens virksomhet	132
9.8.3	Utviklingsområder	137
9.9	Logistikk.....	143
9.9.1	Dagens virksomhet	143
9.9.2	Metode	143
9.9.3	Organisering av forsyningsvirksomheten	144
9.9.4	Dagens arealer.....	145
9.9.5	Kartlegging.....	145
9.9.6	Forbruksvarer - lagervarer og skaffevarer.....	146
9.9.7	Sterilt engangs- og flergangsutstyr.....	146
9.9.8	Mat - Pasientmat og kantine	147
9.9.9	Tøy	147
9.9.10	Avfall	148
9.9.11	Utstyr – behandlingshjelpemidler (BHM).....	148

9.9.12	Utstyr – medisinsk teknisk utstyr (MTU)	149
9.9.13	Laboratorieutstyr – Reagenser og forbruksmateriell.....	149
9.9.14	Teknisk materiell	151
9.9.15	Senger og sengevask	151
9.9.16	Legemidler	152
9.9.17	Oppsummering dagens virksomhet	152
9.9.18	Trender, utviklingstrekk og nye forutsetninger.....	153
9.9.19	Pågående forbedringsprosjekter	153
9.9.20	Trender	154
9.9.21	Sammenligning med Narvik.....	155
9.9.22	Oppsummering og anbefalt utviklingsplan	156
9.10	Administrasjon og ledelsestøtte.....	158
9.10.1	Avgrensning av arbeidet:.....	159
9.10.2	Dagens situasjon.....	160
9.10.3	Trender og utviklingstrekk.....	163
9.10.4	Anbefalt utviklingsplan	164
9.10.5	Framtidig dimensjonering og plassering	168
10	Funksjonsdeling ved lokasjonene i helgelandssykehuset	171
10.1	Tjenestetilbudet i Mosjøen	172
10.1.1	Grunnlag for vurdering.....	172
10.1.2	Poliklinikk i Mosjøen.....	173
10.2	Dimensjonering fordelt på lokasjon	175
10.2.1	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser	175
10.2.2	Somatisk sektor	176
11	Vedlegg:.....	177
11.1	Arbeidsgrupper.....	177
11.2	vedlegg til kapittel 9.3 indremedisin	180
11.3	vedlegg til kapittel 9.5 gynekologi og fødselsomsorg	181
11.4	vedlegg til kapittel 9.37 Bildediagnostikk.....	182

1. INNLEDNING

Helgelandssykehuset (HSYK) HF fikk i 2013 følgende oppdrag fra Helse Nord RHF (HN):
«Helgelandssykehuset HF skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste på Helgeland i samarbeid med kommunene og styrke forskning, fagutvikling og utdanning.

HN RHF fikk i foretaks møte 17. november 2015 godkjenning for å sette i gang et arbeid som innebærer at sykehusstrukturen i HSYK HF kan endres.

Det har vært gjennomført et omfattende arbeid siden dette. Arbeidet er oppsummert i vedlegg til [styresak 137-2019 i HN RHF](#).

I foretaks møte med HN RHF den 27.01.2020, avgjorde helse- og omsorgsminister Bent Høie ny sykehusstruktur på Helgeland. Helseministeren sluttet seg til styret i Helse Nord RHF sin vedtatte løsning:

«Ett sykehus lokalisert på to steder; ett akutt sykehus i Mo i Rana og ett i akutt sykehus i Sandnessjøen og omegn. I tillegg videreføres planene om et distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund. I konseptfasen skal etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen utredes. Akutt sykehuset i Sandnessjøen og omegn skal være hovedsykehus»

I grunnlagsdokumentet til oppdraget gitt fra HN RHF er det stilt krav om *oppdatering av faglig utviklingsplan*, direkte som følge av vedtakene om å iverksette planarbeidet for Nye HSYK.

1.1. KAPITTELINNDELING

Kapitlene i planen er organisert med en felles del i kapittel 1-8 og kapittel 10. Kapittel 9 er arbeidsgruppens beskrivelser av dagens og framtidig virksomhet i HSYK for sitt fagområde. Arbeidsgruppene har kun hatt fokus på sine kapitler i utviklingsplanen. Formen på rapporten avviker fra kravene til utviklingsplaner slik den er beskrevet i «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner»¹. Dette henger sammen med begrensingene i oppdraget og den spesifikke innretningen mot konseptfasen. Vurdering av eksisterende bygg er foretatt ved en gjennomgang av funksjonell egnethet i eksisterende sykehus, og beskrevet i notatet «Analyse, innsikt». Videre håndteres området ledelse som parallelt prosjekt.

- Kapittel 4 og 5: Bakgrunn for prosjektet, forutsetninger og avgrensinger og gjennomføring av arbeidet.
- Kapittel 6: Oppsummert referanse til grunnlagsdokumentet analyse, innsikt.
- Kapittel 7: Framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitetsbehov.
- Kapittel 8: Pasientforløp og pasientens helsetjeneste
- Kapittel 9: Arbeidsgruppens gjennomgang av dagens og framtidig tjenestetilbud
- Kapittel 10: Dimensjonering fordelt på lokasjon

¹ <https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Veileder-for-arbeidet-med-utviklingsplaner-2016.pdf>

2. SAMMENDRAG

2.1 BAKGRUNN

I foretaksrådet 27.01.20 mellom Helseministeren og HN RHF ble det besluttet å endre sykehusstrukturen i HSYK HF. Det ble besluttet å gå fra en tre-sykehusmodell til en to-sykehusmodell med akutt sykehus i Mo i Rana (MIR) og i Sandnessjøen (SSJ) og omegn. Mosjøen (MSJ) legges ned som sykehus, og ved det forstås avvikling av dagens døgnbaserte somatiske sykehustjenester. Det presiseres også at *«en vurderer om det er hensiktsmessig å yte noen polikliniske somatikk-tilbud i Mosjøen. Dette både som et godt tilbud til flere pasientgrupper og som en mulighet for å styrke det somatiske tilbudet til de pasienter innen psykisk helsevern som får sin behandling i Mosjøen»*. Det presiseres også at HSYK det er *«et premiss for arbeidet med konseptfasen legges inn at Helgelandssykehuset HF må drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokalisasjoner»*. Hovedmålsettingen var å gjøre sykehusene faglig og personellmessig robuste.

I foretaksråd mellom HN RHF og HSYK HF 05.02.20 ble det gitt mandat om å iverksette konseptarbeid for Nye HSYK. I foretaksprotokollen og forarbeidet i styresak 137-2019 er det gitt i oppdrag å utarbeide en faglig strategisk utviklingsplan, *«...behov for oppdatering av det faglige dimensjoneringsgrunnlaget gjennom en overordnet faglig utviklingsplan»*. Hensikten med denne er å skape forutsigbarhet for ansatte og framtidige medarbeidere, og å danne grunnlag for å dimensjonere bygg i de tre sykehuslokasjonene, *«...på kort sikt vil det være svært viktig at organisasjonen utarbeider en faglig utviklingsplan slik at medarbeidere ser et fremtidsbilde som de identifiserer seg med»*.

Den faglig strategiske utviklingsplanen er et underlag for videre virksomhetsutvikling i HSYK, for planlegging av bygg og infrastruktur og innspill til beregning av bæreevne for investeringer og drift (bæreevneanalysen beskrives i egen rapport).

Målsetting for organisering og styring av prosjektet går fram av styringsdokument for konseptfasen, steg 0².

Helseministerens beslutning i foretaksrådet er en modell hvor Nye HSYK er ett sykehus lokalisert i MIR og SSJ. Det vil være aktivitet på fire lokasjoner; Brønnøysund (BRS) i DMS Sør-Helgeland (DMS SH), Mosjøen (MSJ) i tillegg til MIR og SSJ. Det er en parallell utredning om tomtevalg for sykehuset i SSJ, og hvilken konkret tomt som skal velges i SSJ og omegn besluttes i konseptfasen. Tomtevalgprosessen er parallelt delprosjekt.

Begge sykehusene skal være akutt sykehus. For HSYK er det i foretaksprotokollen lagt til grunn en fordeling av medisinske spesialiteter i foretaket. Det er beskrevet som områder som *skal* være i de ulike lokasjonene, det som *foreslås* lagt til en av lokasjonene og det som skal *utredes* i konseptfasen. «Skal-fagene» omfattes av medisinske spesialiteter som inngår i akuttberedskap, og er likelydende fordelt mellom sykehusene, med unntak av akutt ortopedi som bare skal lokaliseres i MIR. «Skal fagene» omfatter også psykisk helsevern og TSB, men her legges til grunn at eksisterende struktur videreføres, også enhetene som er i MSJ. *Foreslått-fagene* er alle spesialiteter som har foretaksdekkende funksjon. Disse er alle lagt til SSJ.

² <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Nye-Helgelandssykehuset/Documents/Menypunkt%20Dokumenter/styringsdokument%20konseptfasens%20steg%200%20v6.0.pdf>

Fagområde/lokasjon	SSJ (akuttpsykehus)	MIR (akuttpsykehus)	MSJ (polikliniske tjenester)	DMS Sør-Helgeland
Hovedkontor og ledelse	Skal			
Indremedisin	Skal (med akuttberedskap)	Skal (med akuttberedskap)		
Generell kirurgi	Skal (med akuttberedskap)	Skal (med akuttberedskap)		
Ortopedi		Skal (med akuttberedskap)		
Føde	Skal (med akuttberedskap)	Skal (med akuttberedskap)		x (fødestue)
Anestesi	Skal (med akuttberedskap)	Skal (med akuttberedskap)		
Urologi	Foreslått			
Plastikkirurgi	Foreslått			
Rehabilitering/FMR	Foreslått			
ØNH	Foreslått (senger)			
Laboratoriefunksjoner	Skal	Skal	Utredes	
Radiologi	Skal (vakt samarbeid med NLSH)	Skal (vakt samarbeid med NLSH)	Utredes	x (CT, gen rtg, ultralyd)
Poliklinikk			Utredes	x (hjerte, lunge, nyre, diabetes)
Kjemoterapi				x
Dialyse				x
Palliasjon				x
Akuttmottak				
Legevakt/kommunal øhj				x
PHV/rus	Skal	Skal	Skal	Skal
VOP/BUP	Skal	Skal	Skal	x
Kommunale tjenester	Utredes	Utredes	Utredes	x (døgnplasser)

Skal
Foreslått
Utredes
Eget prosjekt

Figur 2.1-1 Oversikt over fagområder og lokalisering basert på foretaksprotokollen og sak 137-2019 i HN RHF

I tillegg til fagområdene som er beskrevet i foretaksprotokollen er det fagområder som ikke er beskrevet, slik som øye, gynekologi, nevrologi, revmatologi og pediatri.

2.2 ORGANISERING AV ARBEIDET

Arbeidet med den faglige utviklingsplanen er organisert i 10 faggrupper. 6 av gruppene er organisert etter grupper av medisinske spesialiteter (indremedisinske fag, kirurgiske fag, gynekologi/føde, psykisk helsevern/TSB/habilitering, bildediagnostikk og laboratoriefag). Denne inndelingen er begrunnet med det spesifikke oppdraget i foretaksprotokollen om å vurdere fordeling og peke retning for medisinske spesialiteter. I tillegg er det 4 funksjonsorienterte grupper (Samhandling, logistikk, forskning/innovasjon/utdanning/opplæring/rekruttering og en gruppe for administrasjon og ledelsesstøtte. Det har vært bred deltakelse i gruppene fra ulike profesjonsgrupper og i samhandlingsgruppen også representanter fra primærhelsetjenesten. Gruppene har vært ledet av HSYK og tilrettelagt av Sykehusbygg.

Gruppenes mandat³ var å vurdere hele HSYK, og medlemmene skulle ikke være stedlige representanter. Det har ikke vært egen gruppe for prehospitaltjenester. Dette arbeidet organiseres senere. Det har vært deltakere fra prehospitaltjenester i noen arbeidsgrupper. Det har ikke vært egen teknologigruppe, men teknologiske løsninger er vurdert på overordnet nivå i gruppene. En

³ <https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Nye-Helgelandssykehuset/Documents/Menypunkt%20Dokumenter/Rolle-%20og%20ansvarsbeskrivelse%20for%20de%20ulike%20prosjektgruppene.pdf>

samlet beskrivelse av mål og utfordringer på dette området er beskrevet i grunnlagsdokumentet «analyse-innsikt».

COVID-19 førte til at arbeidet i gruppene ikke kunne gjennomføres fysisk. Den digitale møteformen har hatt begrensninger på gruppedynamikk og redusert muligheter for de tverrgående diskusjoner mellom gruppene som var planlagt med samlinger av flere grupper på samme sted. Samtidig har ikke reise vært en begrensning for deltakelse.

Ledere for arbeidsgruppene har deltatt i prosjektgruppe 2, der prosjektledelsen fortløpende har informert og gitt faglige innspill.

2.3 OPPSUMMERING FRA ARBEIDSGRUPPENES FAGLIGE INNSPILL

Det felles utfordringsbildet HSYK har, er beskrevet i de prosjektutløsende behovene i styringsdokumentet.

- Sårbar rekrutteringssituasjon
- Behov for økt samhandling mellom helseforetakene i Helse Nord RHF 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 befolkningssammensetning og demografi
- Behov for økt satsning på forskning, innovasjon og utdanning

Samhandling internt mellom enhetene i HSYK er ikke beskrevet som prosjektutløsende behov i styringsdokumentet. De somatiske sykehusenhetene har vært drevet som separate enheter uten vesentlig samhandling, og det har til dels vært konkurranse mellom enhetene. Det er et potensial for bedre kvalitet- og ressursutvikling i samarbeid mellom enhetene.

Oppsummert har utfordringene for de kliniske gruppene vært diskusjoner rundt begrepet hovedsykehus, rekruttering av fagpersonell, ambulering og omfang av virksomhet i MSJ. Utfordringsbildet det har vært fokus på er to relativt små akuttisykehus og tilbud på fire lokasjoner, som inngår i ett Helgelandssykehus og skal være attraktivt både for rekruttering av personell og pasienter. Dette kan snus rundt ved at ett Helgelandssykehus er muligheten HSYK har for å samordne tjenestene både faglig, ressursmessig og for utvikling, utdanning og forskning. Det vil om dette er bildet av HSYK, kunne øke attraktiviteten.

Arbeidsgruppene har gjennomgått spesialitetene i HSYK og vurdert hvor basen for fagspesialitetene skal ligge. Det er i arbeidsgruppenes gjennomganger ikke kommet fram forslag om vesentlig endring av oppgavedeling mellom lokasjonene i HSYK ut over det som er beskrevet i styresak 137-2019. Dette henger sammen med at *skal-fagene* skal ha akuttberedskap, og det må være pasientgrunnlag for å opprettholde kompetanse for akuttberedskap, og tilstrekkelig aktivitet på dagtid. I styresak 137-2019 er det gitt i oppdrag, i løpet av konseptfasen, å vurdere annen organisering av fødetilbudet hvis fødetallene går ytterligere ned fra nivået i 2019. Det er foreløpig ikke endringer i forventet fødetall som kan begrunne en ny gjennomgang.

Det er anført i styresak 137-2019 at det på det tidspunktet ikke var grunnlag for å konkludere lokalisering av base for gastrokirurgi. Det ble gitt i oppdrag å utrede dette i løpet av konseptfasen. En vurdering av gastrokirurgien må sees i sammenheng med tarmkreftkirurgi. Vurderingen av

tarmkreftkirurgi gjøres i 2021 av RHF, i samarbeid med alle helseforetakene i HN RHF. Dette er beregnet konkludert i november 2021.

Lokalisering av psykisk helsevern/TSB og Rehabilitering skal ifølge foretaksprotokollen bygge videre på dagens struktur i MIR, MSJ og Ytre Helgeland med DPS-aktivitet i SSJ og BRS.

For «foreslåttfagene» var det gitt forutsetninger om at avvik fra foretaksprotokollen måtte ha vektige grunner. Det er gjennom arbeidet med funksjonsdeling ikke gitt anbefaling om å avvike foretaksprotokollen forslag til base for *foreslått-fagene*. Alle disse fagene er anbefalt lagt sykehuset i SSJ & omegn. Fysikalsk medisin og rehabilitering og ØNH er *foreslått-fag*, men er fra før lokalisert i SSJ.

For fagområder som ikke er beskrevet er det foreslått følgende:

- Gynekologi, akutt og elektiv i MIR og SSJ
- Nevrologi i SSJ
- Revmatologi i MIR
- Øye i SSJ
- Pediatri i SSJ

For alle disse fagene vil det være ambulerende til motsatt sykehuslokasjon og til DMS SH og MSJ. Dette vurderes fortløpende i forhold til behov og tilgjengelig ressurs.

Det er i hht vedtak i foretaksmøte 27.01.20 stilt krav om at HSYK HF skal videreutvikles som ett sykehus. Spesialisthelsetjenesten er derfor en felles ressurs for befolkningen på Helgeland. I ny struktur er HSYK i prinsippet ett opptaksområde, men det er beregnet pasientgrunnlag for hvert av sykehuslokasjonene som samsvarer med korteste reiseavstand til sykehuslokasjon. Dette innebærer at bostedsområde for dagens MSJ vil inngå i området til SSJ for sykehustjenester. Ved å lede HSYK som ett sykehus vil man også kunne justere interne pasientstrømmer slik at kapasitet og kompetanse blir utnyttet på best mulig måte.

Det er et overordnet mål at pasientene skal få god utredning, behandling og opplæring, samt bli møtt med rett kompetanse til rett tid på rett sted så nært hjemstedet som mulig. Det er behov for økt fokus på samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste og pasientene. Det skal satses på økt kompetanse til hele befolkningen, kompetanseoverføring, mer bruk av teknologi, samvalg og brukermedvirkning. Metoder og systemer kan videreutvikles, og på denne måten vil man kunne skape gode helhetlige pasientforløp på Helgeland. Ny teknologi gir bedre tilgang til helsetjenester for flere, som f.eks. digitale konsultasjoner med, digital oppfølging av overvåkning- og behandlingsutstyr som pasienten har hjemme. Dette er en stor fordel i et område der reisevei kan være en belastning for pasienter. Det er ikke drøftet samlokalisering av spesialisthelsetjeneste og kommunale helsetjenester i noen av lokasjonene, slik som i DMS Sør-Helgeland og slik Nye Hammerfest sykehus og Nye Narvik sykehus planlegger. Dette vil være en viktig vurdering i steg 1 i konseptfasen.

Psykisk helsevern, TSB og rehabilitering er et prioritert område, og dagens struktur videreføres i Nye HSYK. Høy grad av desentralisering er i tråd med nasjonal helsepolitikk. Det vil bli en økt aktivitet poliklinisk og ambulant. Det er et omstillingspotensial for endret bruk av døgnplassene i psykisk helsevern for voksne, men samtidig et potensial for å utføre større andel av forløpene som går til NLSH. Dekningsgraden i den polikliniske rusbehandling er lav, både i HN og i særdeleshet i forhold til landsgjennomsnittet. Det anbefales en langsiktig opptrapping av TSB slik at den når landsgjennomsnittet. Av hensyn til behandling av pasienter som trenger akuttavdeling (lukket), og den lange avstanden til Bodø er det foreslått utredning av mulighet for en akuttpost i HSYK.

Innenfor de kirurgiske fagene ligger HSYK godt an i forhold til andre helseforetak når det gjelder andel dagkirurgi, men har ennå noe utviklingspotensial. Bedre tilrettelegging for god logistikk, bruk av sykehotell og tilrettelagte arealer for dagkirurgisk virksomhet kan gjøre dette mulig.

Både de medisinske og kirurgiske fagområdene har utfordringer med å rekruttere og beholde spesialister. Å være attraktiv for ansatte og pasienter handler blant annet om et godt fagmiljø, mulighet til faglig utvikling, vaktbelastning, god omtale, kvalitet og nærhet til tjenestene. Det er små fagmiljø når aktiviteten fordeles på to sykehus og fire lokasjoner, og felles faglig ledelse er vesentlig for lykkes.

Aktiviteten er for en del fagområder svært ulik på Helgeland. Pasienter bruker spesialisthelsetjenesten ulikt, og det kan tyde på at tilgjengelighet (de som bor nært sykehus) bruker tjenesten mer enn de som har lang reisevei. En utjevning av forbruk krever en gjennomgang av faktisk behov, henvisningspraksis og årsaker til evt. underforbruk.

Ambulering er et tema som er tatt opp i de kliniske gruppene. Det er en utfordring med ujevn fordeling av få spesialister. Tjenestetilbudet er i stor grad lagt opp i forhold til de ressurser som er tilgjengelige og det er ujevn grad av ambulering. Det fører også til et ulikt tilbud for pasientene. For pediatri som har base i SSJ, er det for eksempel ingen tjenester for barn som får behandling i MIR. Nevrolog har base i MSJ, og ambulerer til SSJ, men ikke til MIR. Det samme gjelder geriatri som har base i MIR og ikke har tilbud for pasienter i MSJ og SSJ. Dette gir en uønsket variasjon i tilbudet.

Årsakene til at man ikke ambulerer er som regel at det er en knapphetsressurs. Ambulering betyr at mye tid går med til reising. For en del fag vil ny teknologi kunne bidra til at tjenesten kan distribueres mer, med det vil også gi en gevinst ved å ha felles fag- og ressursstyring.

Utviklingen av området forskning, innovasjon, utdanning og opplæring (personell) har egen verdi. Samspillet mellom områdene har stor betydning for rekruttering og stabilisering av personell. Med utgangspunkt i dagens virksomhet og analyser av bemanning, kompetansebehov og forventet avgang til pensjon foreslår gruppen satsningsområder og tiltak for å øke kapasitet, interesse og mulighet innen forskning, innovasjon, utdanning og opplæring. Tilstrekkelige tilgjengelig kompetanse er helt nødvendig for å bygge robuste fagmiljø. Robuste fagmiljø med utviklingsmuligheter er nøkkelen til å rekruttere og beholde medarbeidere. Forskning, innovasjon, utdanning og rekrutteringsarbeidet må ha bredest mulig perspektiv. Videre arbeid må omfatte samspill innad i HSYK, med kommuner, næringsliv, andre etater og utdanningsinstitusjoner.

Logistikk og vareforsyning i HSYK er viktig for å oppnå gode pasientforløp, ivareta forsyningssikkerhet, fremme effektive arbeidsprosesser og god driftsøkonomi. Det vil være fokus på at areal er riktig dimensjonert, ivaretar HMS og lagt til rette for effektive fysiske og administrative prosesser i hele forsyningskjeden fra leverandører via sentrallager til avdelingslager. Dimensjonering av kapasitet, fleksibilitet og robusthet og forsyningskjedens evne til å tåle endring over tid må bygges inn i prosessene og arealene som skal realiseres. Av hensyn til beredskap, pasientsikkerhet og tilbudet til pasientene i HSYK, anbefaler Sykehusapotek Nord HF at det vurderes å etablere ett eller to fullverdige sykehusapotek i HSYK. I konseptfasens steg 1 vil forsyningskonseptene for mat, avfallshåndtering, tøyhåndtering, vareforsyning, legemiddelforsyning i tillegg til renhold og teknisk forsyning bli besluttet.

For at HSYK skal løse sitt samfunnsoppdrag på en effektiv måte må det være ledere som utøver strategisk og resultatorientert lederskap i samhandling med andre. God og strategisk ledelse er også avgjørende for å sikre kvalitet, forsvarlighet og likeverdighet i tjenestetilbudet. Faglig ledelse er påpekt fra arbeidsgruppene.

HSYK må kommunisere godt internt og eksternt, og jobbe systematisk med omdømme, der transparens og åpenhet er viktige elementer.

Desentrale spesialisthelsetjenester

En del av døgnkapasiteten som overføres fra MSJ til SSJ & omegn vil iht. vedtak i tidligere styresak (50-2018 om DMS i Brønnøysund), overføres til **DMS Sør-Helgeland**. Fordi DMS har døgntilbud på DMS-nivå, er det ikke en en-til en overføring av senger. Det er i vedtak om DMS i Brønnøysund bestemt at det skal være intermediaersenger eid av spesialisthelsetjenesten. Det planlegges for 8 senger. Prosjektet vet ikke hvilke pasientgrupper dette er. Det er foreløpig beregnet å tilsvare 5 sykehussenger, men dette må utredes videre i neste fase.

I vedtakspunkt nr 4 i foretaksprotokollen er det vedtatt at det skal utredes **poliklinikk i MSJ** samlokalisert med kommunale tjenester. I styresak 137-2019, kapittel 7.1 defineres et tjenestetilbud som er samlokalisering av spesialisthelsetjenestetilbud og kommunale tilbud som DMS. I Kapittel 7.2 presiseres det at det ikke skal være spesialisthelsetjenestesenger i MSJ. I styresaken «.....*anbefales at en vurderer om det er hensiktsmessig å yte noen polikliniske somatikk-tilbud i Mosjøen. Dette både som et godt tilbud til flere pasientgrupper og som en mulighet for å styrke det somatiske tilbudet til de pasienter innen psykisk helsevern som får sin behandling i Mosjøen*».

Poliklinikken i MSJ er foreslått innrettet mot den andel av pasientene i Vefsn, Grane og Hattfjelldal som har størst belastning med reise. Dette er pasienter med sammensatte og langvarige lidelser. Dialyse er i særdeleshet en slik målgruppe. Mange av pasientene vil av ulike årsaker ha behov for tjenester i sykehusene (for eksempel spesielt utstyr, flere tjenester samtidig). For psykisk helsevern og TSB er det behov for et løpende samarbeid med somatiske fag som indremedisin, nevrologi og laboratorietjenester. Pasientene henvises de samme polikliniske tjenester som befolkningen forøvrig. Polikliniske legetjenester i MSJ er basert på ambulerende virksomhet fra sykehusenes faglige baser i SSJ og omegn og MIR. Dette skal være forutsigbare tjenester over tid, men vil måtte variere i løpet av planperioden. Dette kan henge sammen med utvikling av metoder, nye løsninger for behandling på distanse, og også helt avhengig av tilgangen til spesialister i ambulerende. De spesialitetene med få ansatte må hele tiden vurdere hensynet til samlet tjenestebehov i sykehuset, og behovene for ambulerende mellom base og de fire lokasjonene. Det er i MSJ beregnet rom for ambulerende leger. Videre planlegges det poliklinikker som styres av andre yrkesgrupper, for eksempel jordmor, audiograf, sykepleier og fysioterapeuter med tett faglig samarbeid med spesialistene. Disse kan i større utstrekning ha fast arbeidssted i MSJ, men samtidig ha sin faglige tilknytting til basen i sykehusene. Det er i tillegg behov for spesielle rom for behandling og prosedyrer som dialyseplasser, plasser for cellegiftbehandling og infusjonsbehandling, blodtapping, lysbehandling, spesialrom for hørselstester og prosedyrerom som for eksempel sårbehandling. Ytterligere planlegging av rombehov i MSJ skjer i neste fase.

3 BEGREPSAVKLARINGER

3.1 OM HOVEDSYKEHUS

Det er besluttet i foretaksprotokollen pkt 2a (27.01.20) at Sandnessjøen (senere SSJ og omegn) skal være helseforetaket hovedsykehus

Akuttsykehusene som beskrives i foretaksprotokollen er i tråd med definisjonen av akuttsykehus i Nasjonal helse- og sykehusplan. I Nasjonal Helse- og sykehusplan er begrepet *hovedsykehus* brukt for å beskrive regionsykehuset i de ulike helseregionene, ikke som et begrep som er førende for å skille faglig innhold mellom sykehus på samme nivå i et helseforetak.

Arbeidet med faglig strategisk utviklingsplan har fulgt føringene som er lagt i foretaksprotokollen når det gjelder funksjonsfordeling. De spesialitetene som kun finnes i MSJ i dag, flyttes til SSJ og omegn. Etter den nye funksjonsfordelingen har hovedsykehuset den bredeste fagporteføljen.

Begrunnelsen for å ikke å etablere en en-sykehusmodell var å sikre best mulig tilgjengelighet til helsehjelp fra alle deler av et relativt langstrakt Helgeland. Det ble derfor valgt lokasjoner som gir god nok dekning i nordre og søndre del av foretaksområde. Når det er vedtatt to sykehus med akuttfunksjoner er det viktig at 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 og ledelsesmessig. Foretakets utvikling gjennom eventuelle nye tilbud/ansettelser vil kunne skje ved alle lokasjoner og ut fra en samlet vurdering. Det må være nok pasienter i begge sykehusene til å underbygge volumkompetanse. Ved å svekke en av lokasjonene blir hele tilbudet i HSYK svekket.

Hovedkontor og ledelse er lagt til hovedsykehuset. Hovedkontor betyr foretakets forretningsadresse og administrerende direktørs arbeidssted. Tyngdepunktet av ledelsen vil ligge i hovedsykehuset. Dette er allerede markert gjennom at prosjektdirektør for Nye HSYK har sin kontorplass der, og fra september 2021 medisinsk direktør. Den ene stillingen med ansvar for etableringen av Nye HSYK og den andre med det øverste medisinske koordineringsansvaret for foretakets tjenester. Direktør for prehospitaltjenester har sitt arbeidssted i SSJ, og fra 23. august er konstituert klinikkisjef for diagnostikk og medisinsk service plassert i SSJ.

Det vil være ledelse plassert ved flere av foretakets lokasjoner. Nye HSYK skal være ett sykehus, og det settes store krav til ledere på både nivå 1 og 2 om tilstedeværelse ved alle lokasjoner og ansvar for eget fagområde på tvers av hele foretaket.

Foretaksprotokollen påpeker ikke noe spesifikt om administrative funksjoner. Faglig strategisk utviklingsplan har et eget kapittel som sier noe om hvordan man ser for seg den faglige utviklingen for de ikke-medisinske støttefunksjonene, og hvordan disse faglig skal bidra til utviklingen av sykehuset framover. Kapitlet gjenspeiler målet om ett HSYK og én organisasjonskultur gjennom tilrettelegging for tilstedeværelse, utvikling og rekruttering i alle lokasjonene. Fremtidig organisering og distribusjon av de administrative tjenestene vil være en del av konseptfasen.

Begrep	Forklaring
Kapasitet	I denne rapporten brukes begrepet til å beskrive kapasitet i bygg, for eksempel sengerom, poliklinikkrom
Nasjonal framskrivingsmodell	RHF-enes modell for framskrivning av aktivitet og framtidig kapasitetsberegning
Ambulering	Tjenester som har hovedbase i en av lokasjonene, men yter tjenester i annen lokasjon
Ambulant tjeneste	Mobile spesialisthelsetjenester i pasientens hjemmesituasjon, skole, arbeid ol
Foretaksmøte	Eiers øverste styringsorgan.
Pasientforløp	Sammenhengende tjenester for pasienten, fra hjem til hjem.
Observasjonsplass	I forbindelse med framskrivning av aktivitet: Døgnplass i eller ved akuttmottak til observasjon og behandling av pasienter i sykehus. Oppholdstid 4-24 eller 48 timer.
Helgelandssykehuset	Begrepet omfatter den samlede tjenesten i HSYK HF
Innovasjon	Proessen å nyttiggjøre og ta i bruk og nyttiggjøre nye oppfinnelser, produkter, tjenester, prosesser eller forretningsmodeller, for å skape verdier, enten i privat næringsliv (kommersialiserings-prosessen), eller i offentlig virksomhet
Hovedsykehus	Se utfyllende i kapittel 3.1
Poliklinisk konsultasjon	Begrepet <i>polikliniske konsultasjoner</i> benyttes i rapporten om både undersøkelser, samtaler og behandling i poliklinikk, og at det ikke skiller mellom hvilken profesjon som utfører tjenesten. Det benyttes en samme definisjon som i NPR.
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
Psykisk helsevern	Dette er den delen av tjenesten for psykisk syke som utføres av spesialisthelsetjenesten. Inntak, gjennomføring og utskriving mm. i spesialisthelsetjenesten er regulert i særlov (Psykisk helsevernloven).
HSYK	Helgelandssykehuset
MIR	Mo i Rana
SSJ & omegn	Sandnessjøen og omegn
MSJ	Mosjøen
BRS	Brønnøysund
DMS SH	DMS Sør-Helgeland (i Brønnøysund)

4. BESLUTNINGER OG FORUTSETNINGER

4.1 BEGRUNNELSE FOR OPPDATERING AV OVERORDNET FAGLIG STRATEGISK UTVIKLINGSPLAN

I grunnlaget til foretaksmøte 27.01.20 er det vedtak med høy grad av detaljering. Sykehusstrukturen er bestemt. Det legges til grunn at sykehuset i Mosjøen ikke skal ha døgnbaserte somatiske sykehustjenester. (Forståelsen bygger på det spesifikke vedtaket om at sykehuset legges ned, og det supplerende oppdraget om å vurdere poliklinikk i MSJ i konseptfasen). Det skal være to akuttstusykehus og de sentrale spesialiteter er plassert. Det er også en rekke føringer for hvordan DMS Sør-Helgeland skal inngå i den samlede spesialisthelsetjenesten for befolkningen i helseforetaksområdet.

Begrunnelsen i foretaksprotokollen for *oppdatering av faglig utviklingsplan* er direkte rettet mot realisering av strukturvedtaket. Dette skal gjøres for å oppnå den primære målsettingen om

«...På kort sikt vil det være svært viktig at organisasjonen utarbeider en faglig utviklingsplan slik at medarbeidere ser et fremtidsbilde som de identifiserer seg med».

«... behov for oppdatering av det faglige dimensjoneringsgrunnlaget gjennom en overordnet faglig utviklingsplan».

4.2 MANDAT

«Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering

..... «Styret i Helse Nord RHF gjorde i styremøte 18. desember 2019 i sak 137-2019 Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering følgende enstemmige vedtak:

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

1. Styret i Helse Nord RHF viser til adm. direktørs saksframlegg og anbefaler at arbeidet med konseptfasen for prosjekt Helgelandssykehuset 2025 gjennomføres i tråd med saksutredningen.
2. Strukturen på det somatiske tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset skal baseres på modellen med ett sykehus som etableres på to lokasjoner som følger:
 - a) Helgelandssykehuset Sandnessjøen etableres som helseforetakets hovedsykehus med følgende funksjoner: Akuttstusykehus med indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaksamarbeid med Nordlandssykehuset). Det foreslås videre at Helgelandssykehuset Sandnessjøen skal ha urologi, plastikk-kirurgi, spesialisert rehabilitering/fysikalsk medisin, og øre-nese-hals som krever sengekapasitet.
 - b) Helgelandssykehuset Mo i Rana etableres som akuttstusykehus: Indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, ortopedi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaksamarbeid med Nordlandssykehuset HF).
 - c) DMS i Brønnøysund planlegges som forutsatt.

Helseforetakets hovedkontor og ledelse legges til hovedsykehuset i Sandnessjøen.

3. Sykehuset i Mo i Rana lokaliseres ved nåværende bygningsmasse. Lokaliseringen av sykehuset i Sandnessjøen og omegn avgjøres i konseptfasen.

4. I konseptfasen utredes etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen. Som del av utredningen vurderes også det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern.
5. Styret forutsetter at Helgelandssykehuset HF skal drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokalisasjoner. Befolkningen skal møte en kunnskapsbasert praksis, og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med kvalitet.
6. Styret ber om at tjenestetilbudet i rus og psykisk helsevern videreutvikles med basis i dagens DPS-struktur med sengekapasitet og poliklinikker. I konseptfasen må det også gjøres en vurdering av hvordan det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og rus skal styrkes innen framtidig struktur, jf. nasjonale målsettinger.
7. Styret ber adm. direktør om å sørge for at Helgelandssykehuset HF gjennomgår plan for prehospitaltjenester så raskt som mulig.
8. Styret ber adm. direktør om å ta initiativ til et samarbeid med Nord universitet om videreutvikling av sykepleierutdanningen på Helgeland slik at kapasiteten økes, rekrutteringen kan styrkes og praksisplassene i spesialisthelsetjenesten brukes til å utdanne sykepleiere.
9. For å styrke rekrutteringen av leger på Helgeland ber styret adm. direktør om å ta initiativ til et samarbeid med Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet slik at medisinerstudenter får gjennomført 5. og 6. år av utdanningen på Helgeland, etter modell fra Bodø og Hammerfest.
10. Helgelandssykehuset har ansvar for spesialisthelsetjenesten til den sørsamiske befolkningen på Helgeland. Styret forventer at det legges til rette for et godt tilbud til den sørsamiske befolkningen i den nye strukturen.»

[I styresak Helse Nord RHF 26.02.2020](#) ble det presisert at vedtaket om å endre fra tre til to somatiske sykehus gir behov for oppdatering av det faglige dimensjoneringsgrunnlaget gjennom en overordnet faglig utviklingsplan. En utviklingsplan sier noe om sykehusets retning for faglig utvikling og hva dette betyr for tjenestene som foretaket skal tilby.

4.3 MÅL FOR PROSJEKT NYE HELGELANDSSYKEHUSET

Det er satt mål for prosjektet *Nye Helgelandssykehuset*. Målene som er utarbeidet fra perioden 2013 til 2020 er gjennomgått, bearbeidet og tilpasset oppdraget i foretaksmøte, oppdaterte nasjonale og regionale styringssignaler, prosjektutløsende faktorer og nye innspill i forarbeidet til prosjektet. Målene og bakgrunn for målene er beskrevet i prosjektets styringsdokument

(<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202020/20201028/20201028%20Styresak%2097%20Vedlegg%201%20Oppdatert%20styringsdokument%20konseptfase%20v6.0.pdf>)

4.3.1 Samfunns mål

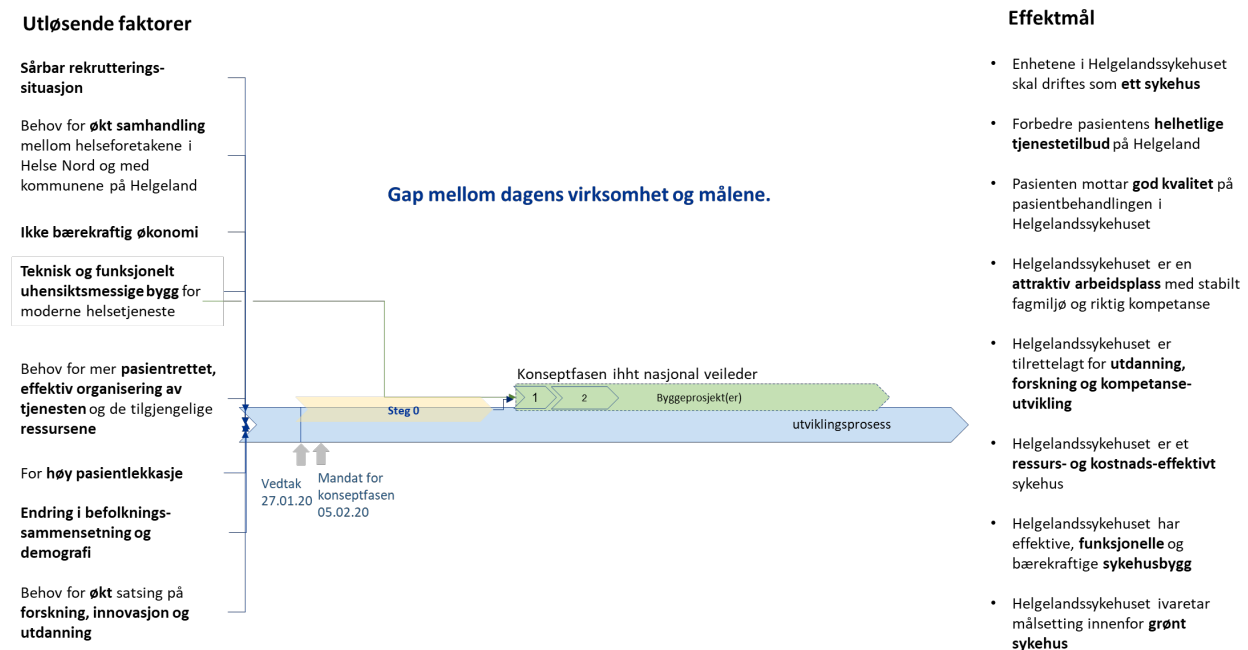
Nye Helgelandssykehuset – **Norges beste lokalsykehus** – skal etablere **ett** sykehus som gir trygghet for Nye Helgelandssykehuset – Norges beste lokalsykehus – skal etablere ett sykehus som gir trygghet for befolkningen på Helgeland. Det skal være pasienttilpassede, kunnskapsbaserte og sammenhengende tjenestetilbud av høy kvalitet, som møter dagens og fremtidens behov. Helgelandssykehuset skal bidra til et Helgeland som er attraktivt og i utvikling – for fagmiljøene og samarbeidspartnere. Helgelandssykehuset skal gi tilgjengelige, gode og likeverdige tjenester til alle som trenger det.

4.3.2 Effektmål

Effektmålene er i figuren vist i sammenheng med utløsende faktorer. Prosessen med den overordnede utviklingsplanen og tomtevalgprosessen er innrettet for å nå målene. Bærevneanalysen beregner rammene for investeringer.

Arbeidet med utviklingsplanen er grunnlag for konseptenes steg 1, 2 og påfølgende faser for bygging og ferdigstillelse. Planen er samtidig grunnlag for utvikling av den pågående og framtidige virksomheten. Utviklingsplanarbeidet vil måtte gjentas regelmessig i hht nasjonal helse og sykehusplan, mens den planlagte byggeplanprosessen avsluttes. For detaljerte beskrivelser av mål og vises til Styringsdokumentets kapittel 5.3

Figur 4.3-1



Steg 0 i figuren er en konstruert fasebetegnelse i forhold til tidligfaseveilederen. Den er organisert for å kunne fortsette i steg 1 som vist i «*Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusbyggprosjekter*»⁴.

4.3.3 Avgrensning

Om avgrensning på bakgrunn av presisering i styresak 26.02.2020. det skal legges hovedvekt på

- den direkte konsekvens av foretaksmøtets beslutning
- avklaringer innrettet mot konseptfasen

Ved utarbeidelse av rullerende *utviklingsplaner* skal en normalt ta utgangspunkt i *Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* og legge opp planer som samsvarer med denne og vedtakene i Stortinget som behandlet meldingen, den 17. mars 2016. Hovedrevisjoner av planene i helseforetakene skal skje hvert fjerde år, slik at plansyklusen passer med oppdateringene som gjøres i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-19 og 2020-23). Prosess for etablering av utviklingsplaner og planenes innhold er beskrevet i nasjonal «*Veileder for utviklingsplanarbeid*»⁵.

⁴ <https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter.pdf>

⁵ <https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Veileder-for-hovedprogram-1.pdf>

Prosessene med HSYK vil avvike noe fra den nasjonale veileder på flere punkter. Utviklingsprosessen er begrenset til prosjektet *Nye Helgelandssykehuset*. De sentrale målene om medvirkning og forankring blir ivaretatt i prosjektet, men følger ikke prosessen i utviklings- planveilederen. Den faglige utviklingsplanen omfatter ikke intern organisering, og heller ikke revidert struktur for prehospitaltjenester. Kartlegging av status for eksisterende bygg gjøres parallelt med utviklingsplan, men inngår ikke i planen. Økonomiberegninger som inngår i bæreevneanalysen går parallelt, men går ikke inn i rapporten. Utvikling av DMS Sør-Helgeland følger egen prosess, og tas i denne planarbeidet til etterretning. Administrative støttefunksjoner er initiert i særskilt prosess, men innenfor samme mål og rammer. Gruppens plan inngår i utviklingsplanen

4.3.4 Grunnlag for oppdatering av faglig strategisk utviklingsplan

HSYK utarbeidet utviklingsplan i 2014⁶. Planen er bygd opp som underlag for strukturvedtak. Anbefaling i planen samsvarer ikke med vedtak i foretaksmøte 27.01.20, og kan ikke oppdateres direkte. Nasjonale krav om oppdatering hvert 4 år tilsa gjennomgang i 2018-19. Dette ble ikke gjennomført pga. den pågående strukturplanprosessen. I utviklingsplanen fra 2014 er psykisk helsevern og TSB ikke med, heller ikke prehospitaltjenester og teknologi. En del av beregningsgrunnlaget fra dette arbeidet er fortsatt gjeldende, og skal benyttes der det er hensiktsmessig.

I styresak 137-2019 er grunnlaget for vedtak i foretaksmøte 27. 01.20 beskrevet. Den bygger på nasjonale og regionale strategiske føringer. I saksunderlag og vedlegg er det redegjort for avveininger mellom ulike hensyn og vedtaksforslag er begrunnet. I tillegg kommer helseforetakets egne strategiske tiltak som understøtter vedtaket

Sykehusbygg har før oppstart av arbeidet med utviklingsplanen sammenstilt en rekke relevante fakta i notatet «Analyse /innsikt». Dette er inndelt i tema som i hovedtrekk samsvarer med gruppenes utfordringsbilde. I tillegg er det utformet *Forutsetnings- og metodenotat for faglig strategisk utviklingsplan og økonomiske bæreevne*. I tillegg er det utarbeidet *Forutsetningsnotat tomteutredninger for sykehuset i Sandnessjøen med omegn*. Disse henger tett sammen, og legger premisser for arbeidet i steg 0 Notatene er behandlet i styringslinjen for prosjektet

I forutsetningsnotatet for utviklingsplan er det lagt til grunn at avvik fra «skal-fagene» vil kreve ny beslutning i foretaksmøte. Videre er det lagt til grunn at avvik fra vedtak om «foreslått-fagene» vil kreve vektige grunner og ny overordnet beslutningsprosess. Fordeling av polikliniske tjenester og de fagene som ikke er omtalt i foretaksprotokollen m/underlag er vurdert i hht de øvrige føringene i foretaksprotokollen og målsettingen for prosjekt Nye HSYK.

6

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202017/20170523/20170523%20Styresak%2057%20Vedlegg%204%20Helgelandssykehuset%20HF%20-%20Rapport%20utviklingsplan%2020141029.pdf>

5 ORGANISERING AV PROSJEKT NYE HELGELANSSYKEHUSET

5.1 PROSJEKTETS STYRINGSSTRUKTUR

Beskrivelse av organisasjonsstruktur for prosjektet er beskrevet i Styringsdokumentet⁷

5.2 ORGANISERING AV RESSURSER I ARBEIDET MED UTVIKLINGSPLAN

Arbeidet er innrettet for å sikre god faglig medvirkning og forankring. Det er valgt en tematisk inndeling som samsvarer med foretaksprotokollen fokus på spesialiteter som grunnlag for struktur på det kliniske grunnlaget.

Inndeling i fag og funksjonsområder

- Indremedisin (inkl pediatri, fysikalsk medisin og rehabilitering, revmatologi hud og nevrologi)
- Gynekologi/fødselsomsorg
- Kirurgi (generell kirurgi, urologi, plastikk-kirurgi, ØNH, øye, ortopedi, anestesi)
- Psyk/TSB/HAB
- Samhandling
- Bildediagnostikk
- Laboratorietjenester
- Utdanning, forskning, innovasjon og opplæring, og rekruttering
- Logistikk (forsyningstjenester)
- Administrative støttefunksjoner

Teknologi er prioritert fokusområde, men teknologiområdet er ikke organisert som egen prosjektgruppe. Teknologi vurderes i alle grupper og teknologiresurs involveres i dette arbeidet. Teknologitvilling er beskrevet i dokumentet *Analyse, innsikt*.

Foretaksprotokollens krav om oppdatering av prehospitalet plan etableres som eget prosjekt senere i prosessen. Prehospitalet tjeneste inngår i pasientforløpene, og omtales særskilt i noen arbeidsgrupper.

I gruppesammensetning er det lagt vekt på å ivareta et bredt perspektiv på planarbeidet. Det er pekt ut personell fra ulike profesjonsgrupper, ulike funksjoner i sykehuset og personell fra kommunale tjenesteapparatet. Det er lagt vekt på at gruppene ikke representerer de ulike lokasjoner, men legge planer for et samlet tjenestetilbud innad i helseforetaket og etablere et helhetlig og sammenhengende tilbud mellom hjem, og helsetjenestenivåene. Dette er i tråd med effektmål nr 1.

Deltakere og gruppeledere er utnevnt ut av HSYK.

Deltakerliste framgår av kapittel 11.1.

5.2.1 Organisering av prosessen

Arbeidet med utviklingsplanen har fulgt en tidsmessig koordinert møteserie. I hovedsak har det vært 5-6 møter, med noen særmøter imellom. Hver gruppe er ledet av ressurs fra HSYK har hatt tilrettelegger fra Sykehusbygg. Møtene skulle vært gjennomført som dagsmøter, med flere grupper i

⁷

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202020/20201028/20201028%20Styresaker%2097%20Vedlegg%201%20Oppdatert%20styringsdokument%20konseptfase%20v6.0.pdf>

samme lokaler for tverrgående diskusjoner, men begrensinger som følge av Covid19 gjorde at alle møter er gjennomført på Teams, og møteformen har krevd at møtene ikke har vart mer enn 3 timer. Dette har begrenset dialogen

Historikken i dette prosjektet, og den inngripende endring som følge av vedtaket i Foretaksmøte («Paragraf 30 vedtak») var grunnlag for at en brukte mye tid på å bygge felles bilder av situasjonen, av utfordringene og målene. Arbeidsgruppene har kommet fram til et plangrunnlag som danner et godt grunnlag for neste fase.

Samtlige grupper har fulgt hovedstegene om beskrivelse av nå-situasjonen, pekt på utfordringsbildet og utviklingstrekk på de respektive områdene og utforme overordnet plan framover.

6 NÅSITUASJONEN I HSYK, OVERORDNET BESKRIVELSE

6.1 OVERORDNET BILDE AV NÅSITUASJONEN

Det er gjort en oppsummering aktivitet og utfordringer i dokumentet Analyse, innsikt, -grunnlag for faglig, strategisk utviklingsplan, Nye Helgelandssykehuset. Dokumentet er utarbeidet i innledning til arbeidet med Overordnet strategisk utviklingsplan.

Dokumentet gir en oversikt over

- Pasientbehandling,
 - pasientbehandling i somatisk sektor
 - Pasientbehandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser
- Bygg (Fullstendig vurdering av funksjonell egnethet er under bearbeidelse og vil være klar til steg 1 i konseptfasen)
- Bemanning/organisering
- Samhandling
- Teknologi
- Logistikk
- Undervisning/opplæring, forskning og innovasjon

Dokumentet «Analyse, innsikt» vil bli komplettert ytterligere fram mot oppstart av konseptfasens steg 1.

7 HELGELANDSSYKEHUSET I UTVIKLING, SAMLET FRAMSKRIVING

I delkapittel 7.1 og 7.2 presenteres samlet framskriving av aktivitet for Helgelandssykehuset innen PHV og TSB, samt somatisk sektor. Grunnlagsåret er 2018 og aktiviteten er framskrevet til 2035 med pasientdata fra Norsk pasientregister (NPR). Alle arbeidsgrupper innen har arbeidet med framskriving for sine særområder. Dette kommer fram under kapittel 9. *Arbeidsgruppenes vurderinger og overordnede utviklingsplaner*. Samlet framskriving av kapasitetsbehov for Helgelandssykehuset innen PHV og TSB, samt somatisk sektor, finnes i kapittel 10. *Funksjonsfordeling i ulike lokasjoner* og videre under delkapittelet *Dimensjonering fordelt på lokasjon*. Metodikken for framskriving av aktivitet og kapasitet er beskrevet i «*Beskrivelse av RHF-enes modell for framskriving av aktivitet og beregning av kapasitet*» (Sykehusbygg HF, 2020)⁸

7.1.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

I tabell 7.1-1 presenteres framskriving av aktivitet samlet for Helgelandssykehuset HF PHV og TSB, med utgangspunkt i basisår 2018, framskrevet til 2035. Samlet sett er det en økning for alle aktivitetstyper eksklusive oppholdsdøgn med en 20,1 % reduksjon i aktivitet fra 2018 til 2035. Aktivitet for poliklinikk og dagopphold (eksklusive ambulante konsultasjoner) viser størst prosentvis framskrevet vekst med 20,5 % i samme periode.

Tabell 6.1-1 *Framskrivning av aktivitet samlet for HSYK PHV og TSB, år 2018 til 2035. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.*

Helgelandssykehuset HF – PHV og TSB - Framskrivning av aktivitet år 2018 til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Oppholdsdøgn	8 730	6 978	-20,1 %
Døgnopphold	503	536	6,6 %
Poliklinikk og dagopphold (ekskl. ambulant konsult.)	44 122	53 150	20,5 %
Ambulante konsultasjoner	2 631	3 099	17,8 %

7.1.2 Somatisk sektor

I tabell 7.2-1 presenteres framskriving av aktivitet samlet for Helgelandssykehuset HF somatisk sektor, med utgangspunkt i basisår 2018, framskrevet til 2035. Samlet sett er det en økning for alle aktivitetstyper i perioden 2018 til 2035, hvor poliklinikk og dagbehandling (ekskl. dagkirurgi og dialyse), viser størst prosentvis framskrevet vekst på 32 % i samme periode.

Tabell 6.1-2 *Framskrivning av aktivitet samlet for HSYK, somatisk sektor 2018-2035. Datakilde: HDir, NPR; og SSB.*

Helgelandssykehuset HF – Somatisk sektor - Framskrivning av aktivitet år 2018 til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018-2035
Liggedøgn samlet	39 487	45 174	14,4 %
Normalseng		40 571	2,7 %
Observasjonsseng		874	
Pasienthotellseng		3 729	
Døgnopphold (inkl. døgnkirurgi)	9 924	10 529	6,1 %
Døgnkirurgi	1 898	2 275	19,9 %
Dagkirurgi	3 257	3 857	18,4 %
Dialyse	4 450	5 380	20,9 %
Poliklinikk og dagbehandling (ekskl. dagkir. og dialyse)	94 563	124 825	32,0 %

⁸ https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Beskrivelse_av_Framskrivingsmodellen_2020.pdf

8 INNLEDNING OM PASIENTRETTEDE TJENESTER

Oppdraget i foretaksprotokollen er innrettet etter faglige spesialiteter. Fordelingen av spesialiteter er i hovedsak bestemt i foretaksmøtet. I underlaget i styresak 137-2019 er det poengtert at resterende funksjonsfordeling skal vurderes videre i konseptfasen. Spesialiteter som pr 2021 er en del av tjenestetilbudet, og som ikke omfattes av vedtaket er øye, hud, nevrologi, revmatologi og pediatri. Funksjonsfordeling omfatter også ambuleringer til det andre sykehuset, poliklinikkene i MSJ og DMS Sør-Helgeland. Tjenestene i sykehusene omfatter også en rekke tjenester som er forankret i legespesialitetene, men som er relativt selvstendige tjenestetilbud f.eks. sykepleierstyrt poliklinikk. Disse kan lokaliseres sammen med spesialistene og som egen enhet selv om spesialiteten har base ved en annen lokasjon.

For den enkelte pasient er sykdomsbildet sammensatt. Med økende alder opptrer flere sykdommer pr pasient. Den spesialiserte tjenesten har stor verdi, men det er allikevel ikke tilstrekkelig for god pasientbehandling. Tverrfaglighet, tverrprofesjonalitet og god koordinering mellom nivåer (pasient/nærperson, kommunale tjenester, lokalsykehus og høyspesialiserte tjenester) er ofte nødvendig. Tverrfaglighet kan bare i liten grad organiseres gjennom strukturvedtak. Tverrfaglig tilnærming er avhengig av at behandlingsprosessene organiseres etter disse behovene. I Nye Helgelandssykehuset er noen spesialiteter og funksjoner lokalisert ett sted. Avstander mellom lokasjoner kan elimineres noe med teknologi, ambulering og tverrfaglige henvisninger. I kapittel om samhandling beskrives struktur og modeller for samhandling.

Farmasøytiske tjenester er i økende grad integrert i spesialisthelsetjenestene. Utviklingen går i retning av løsninger som lenge har eksistert i land som det er naturlig å sammenligne seg med. Helgelandssykehuset har ikke hatt egne sykehusapotek, men distribuert farmasøytiske tjenester fra SANO. Grunnlaget for ytterligere tilgjengeliggjøring og integrering av farmasøytiske tjenester gjøres i kapittel 9.8 om logistikk hvor etablering av sykehusapotek i HSYK blir vurdert.

Mat er også en vesentlig innsatsfaktor i klinikk og i særdeleshet ved alvorlig sykdom. Grunnlaget for matproduksjon og distribusjon legges i kapittel 9.8 om logistikk.

I det videre arbeidet med legemiddelforsyning, distribusjon og -produksjon er det naturlig å involvere kliniske funksjoner.

8.1 OM PASIENTLEKKASJER

Et lokalsykehus vil kunne tilby store deler av spesialisthelsetjenestene for befolkningen i opptaksområdet. HSYK har en egendeckning på 70 % for døgnopphold og 80 % for polikliniske konsultasjoner innen somatikk, og 50 % for døgnopphold og 94 % for polikliniske konsultasjoner og dagopphold innenfor PHV/rus. Pasientstrømmer mellom helseforetak som følger av funksjonsfordelte oppgaver er viktig for pasienten. Disse baseres på henvisning fra HSYK eller primærlege. Deler av pasientforløpet, og spesielt siste del av forløpet (rehabilitering, kontroller ol) kan allikevel følges opp i HSYK. Andre foretak, i hovedsak NLSH og UNN, bør vurdere om oppfølging nærere bosted vil være riktig for pasienten og være ressursøkonomisk for den samlede helsetjenesten. Pasienter har rett til å velge å bli oppfulgt i HSYK eller annet helseforetak (fritt sykehusvalg omfatter hele eller deler av forløp, men ikke akutte forløp og forløp underlagt tvang etter psykisk helsevernloven). Hvis fagmiljøene i HSYK, UNN/NLSH på faglig grunnlag samarbeider om slik deling vil pasienter forventes å følge rådene.

Bindal kommune er en del av opptaksområdet til Helse Nord-Trøndelag pga. tilgjengelighet, og er ikke pasientvalgt lekkasje. Pasienter i Bindal kan velge HSYK, men ikke aktivt styres til HSYK.

Valg av sykehus er en aktiv handling. Pasienter som velger sykehus kan gjøre dette av praktiske grunner, for eksempel opphold i andre deler av landet. De øvrige velger seg aktivt bort fra nærmeste sykehus. HSYK kan kun bli valgt hvis tilbudet er attraktivt for pasienten. For pasienten er ventetid og oppfatning av kvalitet viktig, men det kan også være andre grunner enn faglige grunner. En kjent faktor er familiemedlemmers bosted. Pasienten vurderer hvilken hjelp en trenger i rekonvalesentperioden etter at sykehuset har skrevet ut pasienten. Den egentlige grunnen til at pasienter velger er usikkert. Pasienter som aktivt velger behandling utenfor foretaksområdet, kan ikke planmessig styres tilbake.

8.2 OM PASIENTFORLØP

Pasientforløp er en serie aktiviteter som er innrettet mot å skape *verdi* for pasienten. Det som er verdifullt for pasienten er avklaring ved mistanke om sykdom, behandling av sykdom og oppfølging etter sykdom (ca. 80% av pasientene lever med sykdom). For pasienter som må leve med sykdom, i perioder, eller resten av livet, gir det verdi å mestre livet, med mest mulig bruk av egne ressurser. For pasienter som er i sluttfasen er verdi trygghet, omsorg og lindrende behandling. Alle pasientforløp i spesialisthelsetjenesten henger sammen med fastlege eller annen henvisende instans, og alle pasientforløp har forbindelser til hjemmesituasjonen. Bekymringstid, ventetid og rekonvalesens er en del av pasientforløpet i plansammenheng.

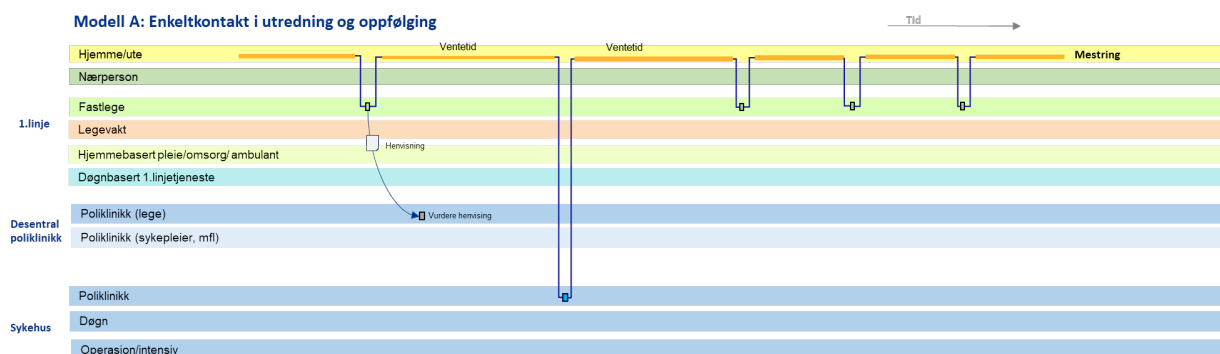
I planarbeidet benyttes modellene for å kommunisere **organisering av tjenestetilbud i ulike forløp, med fokus på fordeling mellom tjenestenivå**, men uten å gå inn i detaljene i forløpet.

Her er forløpene kategorisert i 6 prinsipielt ulike modeller. Disse er i hovedsak brukt som grunnlag for å vurdere poliklinikktilbudet i Mosjøen.

Om illustrasjonene

De ulike vannrette banene har eksempler på type tjeneste. Poliklinikk kan erstattes med for eksempel bildediagnostikk. I virkeligheten må det mange flere baner inn for å illustrere de kontaktene pasienten har i et sykdomsforløp, men dette vil i denne sammenhengen gjøre prinsippene for komplisert å lese. I illustrasjonene har pasient og nærpersion egne baner. Dette er viktig når en vurderer pasientens forløp.

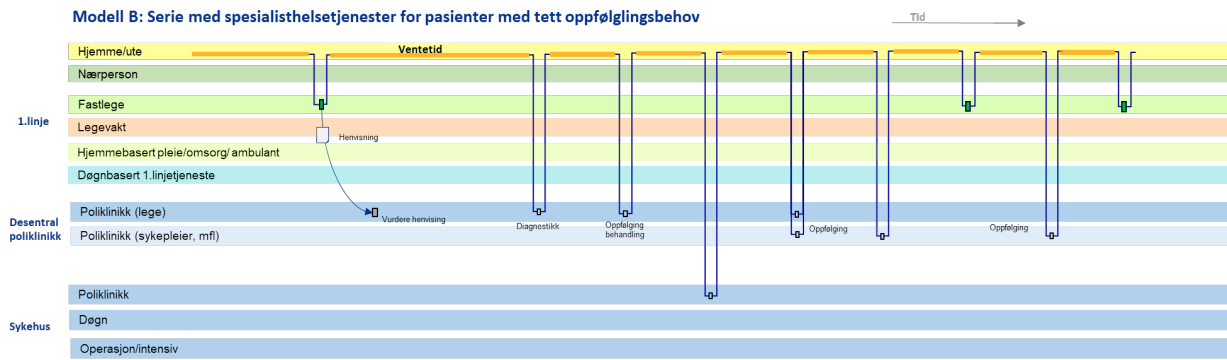
Figur 8.2-1 Enkeltkontakt i spesialisthelsetjenesten .



Modell A viser elektivt henviste pasienter for tjenester som henviser følger opp. Det er i illustrasjonen fastlege som følger opp, men kan være enkelthenvising fra annen spesialitet i sykehuset. Disse pasientene har lav reisebelastning og har lavt behov for desentralisering.

Ca 90 % av pasientkonsultasjoner skjer hos fastlegene. I underkant av 10 % henvises til spesialisthelsetjenesten, og kun 1 % legges inn. Modell A er derfor det mest utbredte forløpet

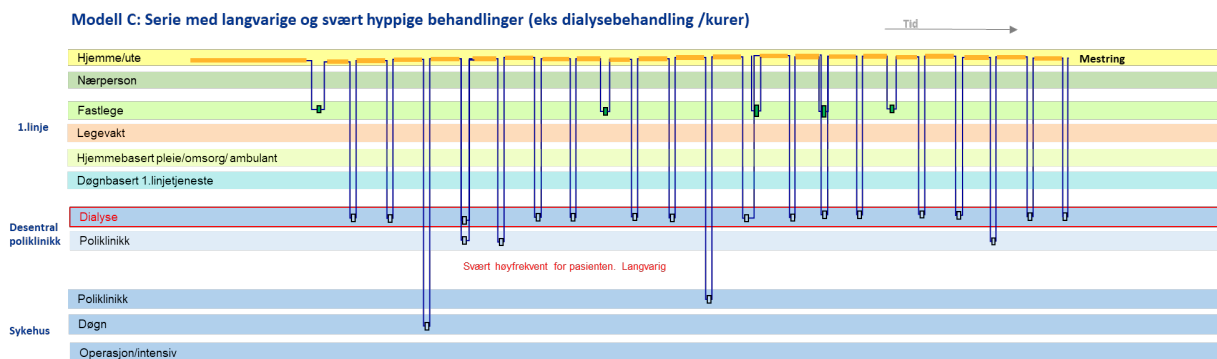
Figur 8.2-2 Serie med spesialisthelsetjenester.



Modell B viser serie med pasientkontakter, hovedsakelig med poliklinikk. Modellen er typisk for pasienter med tilstander som varierer over tid, og der sykdommen ofte kan være ustabil med gjentatte behov for diagnostikk og korrigeringer av tiltak (for eksempel hjertesvikt). Modellen oppfylder kriteriene for desentralisering pga. Hyppige oppmøter og ofte sammensatte problemstillinger. I modellen kan en bygge inn oppfølging på distanse for noen pasienter. Dette illustreres under modell E. Modellen kan kobles både mot elektive innleggelser (modell D) og akutte innleggelser (E)

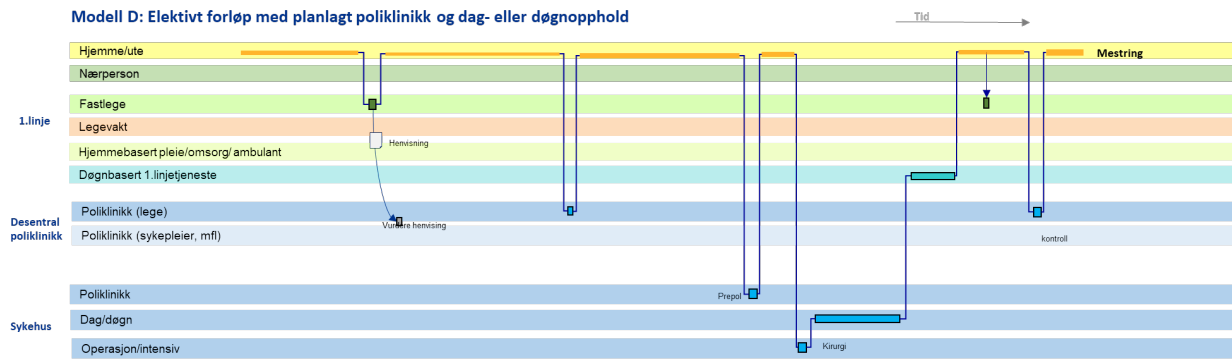
Modell B kan også sammenlignes med serie av polikliniske konsultasjoner for diagnostikk og behandling i psykisk helsevern og TSB., men vil faglig sett være bygd opp annerledes. I disse fagene er tjenesten i stor grad desentral.

Figur 8.2-3 Serie med særlig hyppige og langvarige spesialisthelsetjenester.



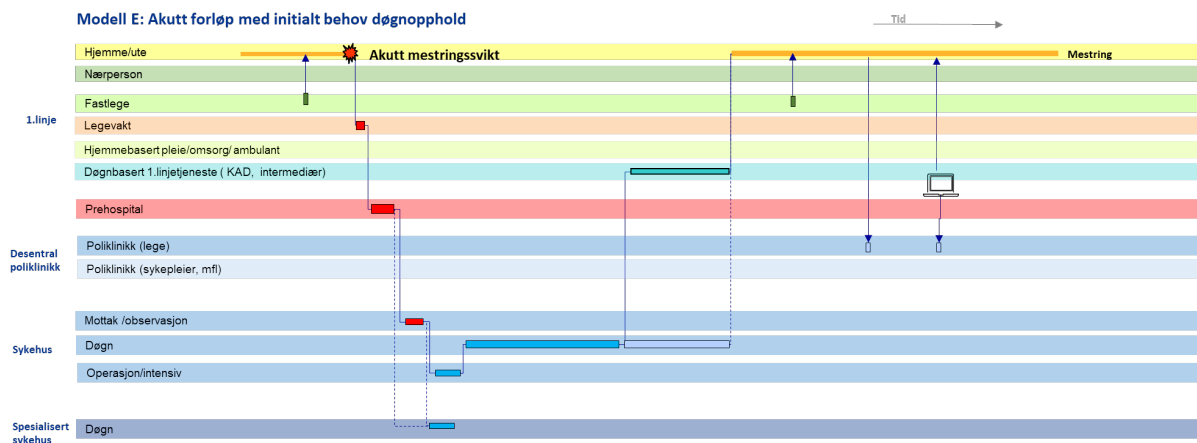
Modell C er løpet til den dialysepasienten. Dialysepasientene har veldig stor reisebelastning og over lang tid. Kurer har lavere frekvens, men er reisene ofte belastende. Modell C oppfylder kriteriene for desentralisering nærmere bosted. Modellen kan understøttes med kompetanse på distanse.

Figur 8.2-4 Pasientforløp for elektiv behandling i spesialisthelsetjenesten.



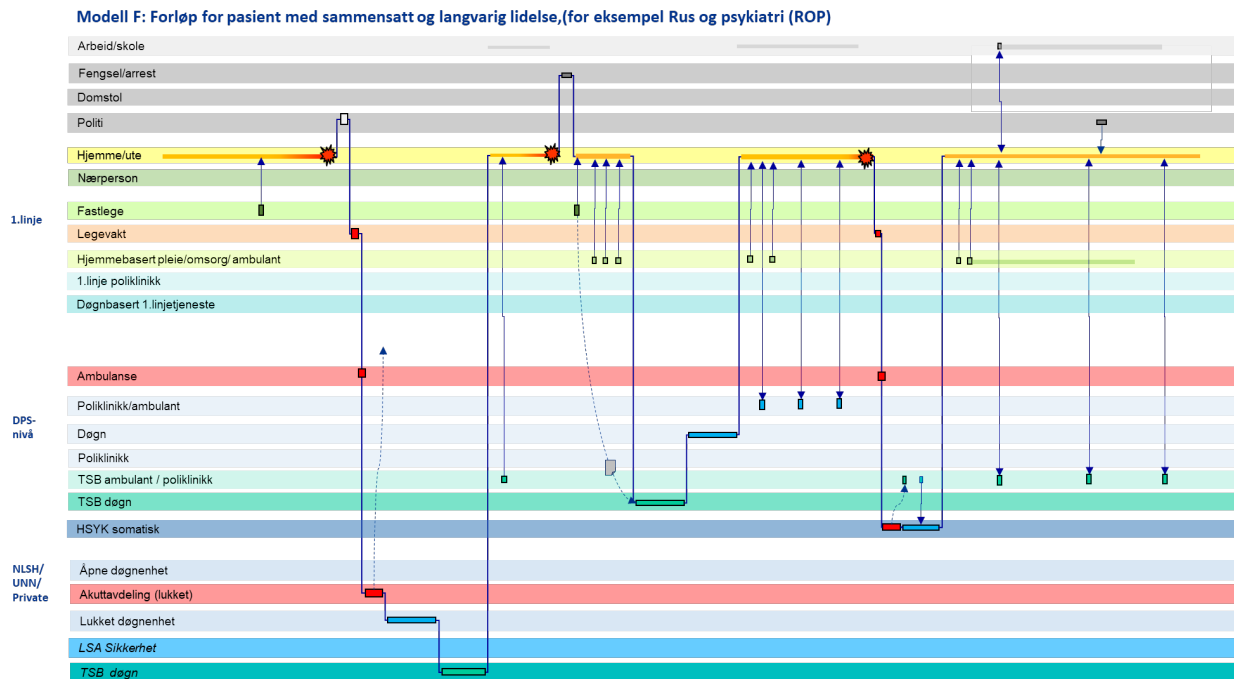
Modell D illustrerer elektive forløp før kirurgi eller annet døgnbasert utrednings eller behandlingsforløp. Forløpet kan organiseres i kombinasjon med desentral poliklinikk og sentral innleggelse. Modellen representerer i hovedsak pasienter som ikke har hyppige behov for tilsvarende behandling, og faller derfor ikke innenfor kriterier med stor reisebelastning. Pasienter i slike elektive prosesser er den gruppen som velger sykehus – eller behandlingsvalg. Et godt møte i desentral poliklinikk i starten av forløpet kan danne grunnlag for at pasienten ikke velger seg ut av foretaket.

Figur 8.2-5 Akuttforløp



Modell E illustrerer akuttforløp med behov for innleggelse. De stiplede linjene viser alternativer til annen tjenestenivå på vei inn i forløpet og på vei ut. Modell E kan være en akutt forverring av forløp i modell B. Da fortsetter modell B etter utskrivning. Oppfølging på distanse er av hensyn til forenkling av bildene kun tegnet inn i dette forløpet, men er fullt mulig også i andre forløp.

Figur 8.2-6 Komplekst sammensatt forløp med deltakelse ut over helsetjenesten



Modell F illustrerer de sammensatte forløpene med mange parallelle innsatsfaktorer. Denne er innrettet mot pasienter med kroniske tilstander og sammensatte lidelser. Den er typisk for personer med langvarig psykisk lidelse i kombinasjon med rusavhengighet. I motsetning til de andre forløpene er det ikke sekvensene som er viktigste suksessfaktor for pasienten, men at det er løpende parallelle forbindelser mellom innsatsfaktorene. Det betyr at samarbeidsparter må dele opplysninger om status, spesielt ved endring i helsetilstand og endring av innsatsenhet (innenfor bestemmelsene om personvern). Konsekvensene ved manglende samhandling i det samlede forløpet kan medføre betydelig reduksjon i mestringsevne. I motsetning de andre modellene vil forløpene for enkeltpasienter se ulike ut.

9 ARBEIDSGRUPPENES VURDERINGER OG OVERORDNEDE UTVIKLINGSPLANER

9.1 SAMHANDLING HELGELAND

Den viktigste samhandlingen skjer mellom de som skal yte tjenestene, det vil si helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og mellom dem og pasientene (Nasjonalt helse og sykehusplan 2020-2023, NHSP).

Det er et overordnet mål at pasientene skal få god utredning, behandling og opplæring, samt bli møtt med rett kompetanse til rett tid på rett sted så nært hjemstedet som mulig. Befolkningen skal møte en kunnskapsbasert praksis, og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med kvalitet. (jf. styresak 137-2019 HN). For å nå dette målet er det en forutsetning at man har tilgang til sykehus med et størst mulig og robust spesialisthelsetjenestetilbud. Dette er i samsvar med NSHP som har fokus på likeverdige tjenester og tjenestetilbud nært pasientens bosted.

Visjonen til HSYK er å bli *Norges beste lokalsykehus*. Hvordan spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten sammen med brukerne på Helgeland velger å utvikle tjenestene sammen, vil være avgjørende for å skape pasientens helsetjeneste. Mulighetene er her, det er hvordan man velger å organisere arbeidet og satsingen som vil være avgjørende for utviklingen. Det skal satses på økt kompetanse til hele befolkningen, kompetanseoverføring, mer bruk av teknologi, samvalg og brukermedvirkning. Metoder og systemer kan videreutvikles, og på denne måten vil man kunne skape gode helhetlige pasientforløp på Helgeland.

Definisjon samhandling

Samhandling, interaksjon, betyr samspill eller vekselvirkning mellom to eller flere [aktører](#) som er i aktivitet med hverandre (Store norske leksikon).

For å møte befolkningens behov for helsetjenester i fremtiden, må sykehusene og kommunehelsetjenesten samarbeide om trygge pasientforløp og sammenheng i helsetjenestetilbudet. Samhandling krever gjensidig tillit, prioritering, innsats og ressurser fra både kommunene og sykehusene. Det krever også utveksling av kunnskap og kompetanse. Alle involverte parter må samarbeide om å legge forholdene best mulig til rette.

Samhandling foregår på flere plan:

Systemnivå

- På systemnivå foregår samhandlingen mellom faglig og administrativt ansvarlige for tjenestene både internt og med eksterne aktører. Dette slik at system, avtaler og retningslinjer organiseres, utarbeides, inngås og implementeres for å oppnå god og sømløs samhandling knyttet til enkeltindivider som har behov for og benytter seg av tjenestene som ytes av tjenesteapparatet. Dette omfatter også system for kvalitetssikring, evaluering og avvikshåndtering.

Brukermedvirkning

- Brukernes erfaring og synspunkter er viktig for å forbedre og kvalitetssikre helse- og omsorgstjenestene. Dette skal bidra til at helsetjenestene er tilpasset pasient/bruker i

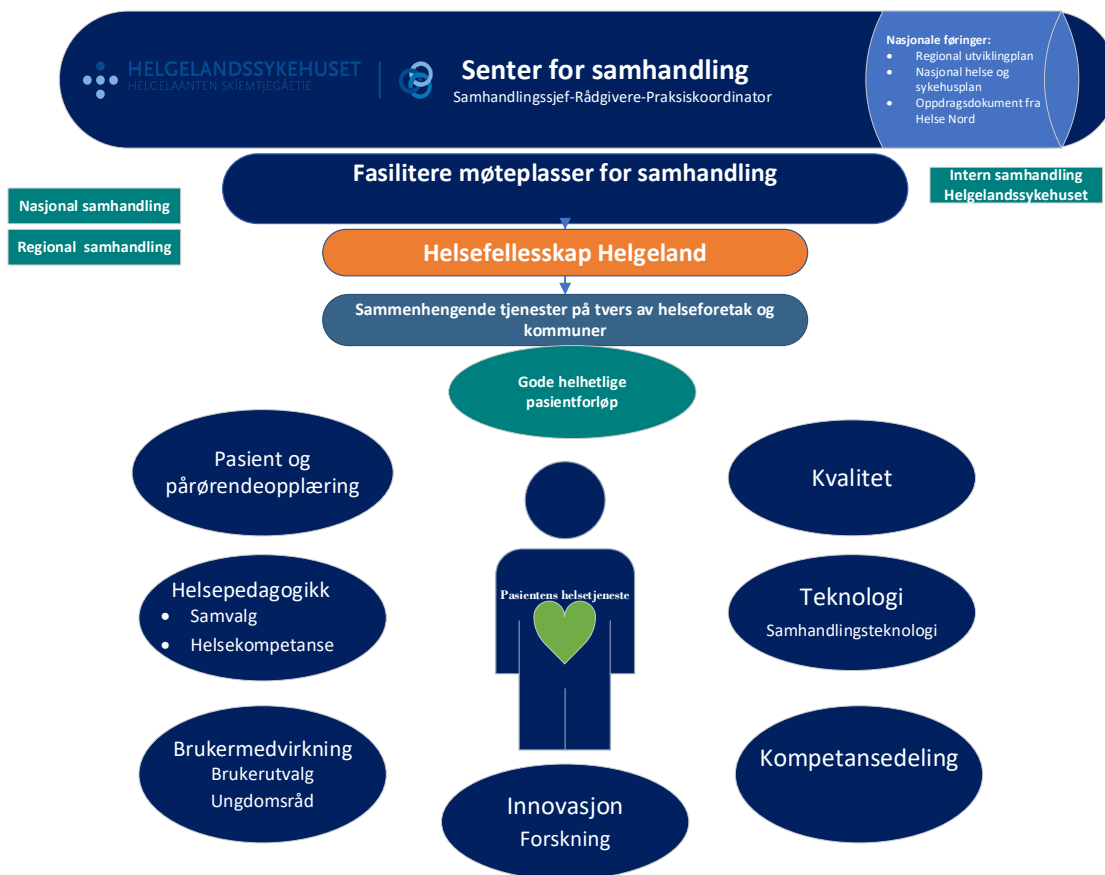
forhold til utforming og gjennomføring både av generelle og individuelle tilbud. Brukermedvirkning er regulert i lovverket.

Individnivå

- Samhandling omkring og med den enkelte bruker/pasient og tjenesteyterne.

Senter for samhandling Helgelandssykehuset

Senter for samhandling Helgelandssykehuset HF har visuelt fremstilt hvilke arbeidsoppgaver som er i fokus og hvilke føringer som er gitt, se figur 1. Dette er oppgaver og områder Helgelandssykehuset ønsker å videreutvikle, og som utdypes senere i kapittelet.



Figur 9.1-1 Arbeidsoppgaver for Senter for samhandling

9.1.1 Dagens samhandlingsformer på Helgeland

Samarbeid med kommunene

I henhold til Lov om spesialisthelsetjenester § 2-1 e og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-2 skal helseforetak og tilgrensende kommuner inngå samarbeidsavtaler. Helgelandssykehuset og de 18 kommunene på Helgeland har inngått en felles samarbeidsavtale og 11 tjenesteavtaler, første gang signert i 2012, senere reforhandlet våren 2018. Se følgende lenke: [Samarbeidsavtale og tjenesteavtaler med kommunene](#)

HSYK og Helgelands 18 kommuner har mange samarbeidsprosjekter og samarbeidsformer. De fleste samarbeidsprosjekter mellom HSYK og kommunene på Helgeland er grundig beskrevet i rapport [Samhandling med kommunene, herunder felles rekrutteringsutfordringer og helhetlig helsetilbud i regionen](#) som ble utarbeidet til HSYKs styreseminar den 22.10.19

I NHSP 2020 – 2023 har HSYK og kommunene på Helgeland fått i bestilling å etablere Helsefelleskap Helgeland. Arbeidet er godt i gang og det forventes at første møte vil bli avviklet september 2021. Den fremtidige samarbeidsformen som fremkommer i NHSP, vil styrke samarbeidet mellom Helgelandssykehuset og kommunene.

9.1.2 Utfordringer og muligheter knyttet til samhandling og teknologi

Samhandling med våre sentrale samarbeidspartnere om kompetansedeling, oppgavedeling, tjenesteutvikling, forskning og utdanning, er en forutsetning for at vi i fremtiden skal kunne møte de utfordringene som kommer og samtidig kunne tilby best mulige helsetjenester til vår befolkning. På Helgeland har vi demografi, topografi og geografiske avstander som utfordrer oss mer enn mange andre plasser i landet.

Samfunnet er i endring hvor informasjon og kommunikasjon i fremtiden vil dreie mer over til nettbasert kommunikasjon, og en dreining til mer hjemmebehandling som vil kreve mer kompetanse og utvikling av teknologi, men ulike system gir forsinkelser i informasjonsflyt og reduksjon av kvalitet mellom nivåene i helsetjenesten.

Utfordringer knyttet til teknologi er:

- Sykehus og kommuner har ulike journal-, informasjons-, sikkerhet- og kvalitetssystem
- På en del områder har kommunene i tillegg ulike elektroniske system seg imellom
- Helgelandssykehuset HF har ikke tatt i bruk alle systemer som er tilgjengelige
- Manglende lokaliteter med gode nok tekniske løsninger da det skal samhandles på tvers av nivåer.

Når det gjelder samhandlingsteknologi, er det behov for å tilrettelegge teknologi som kan benyttes og styrke samhandling med pasienter og andre samarbeidspartnere. Dette er for eksempel bruk av velferdsteknologi, bruk av e-konsultasjoner (Skype/bilde), monitorering (både i sykehus og fra hjemmet).

Gjennom Helseplattformen er Midt-Norge regional utprøvningsarena for det nasjonale målbildet «Én innbygger - én journal». Moderne journalssystemer baseres på at det medisinske tekniske utstyret leverer data automatisk til pasientjournalen, uavhengig av om pasienten er i et sykehus, sykehjem, hos fastlegen eller hjemme. Derfor må alt medisinsk teknisk utstyr som anskaffes fra nå, kunne levere digitaliserte data på en standardisert måte. Det er derfor viktig at HSYK sikrer at innkjøpsavtaler er i samsvar med det som fremtiden har behov for.

HSYK har i dag elektronisk samhandling med primær- og kommunehelsetjenesten. Dette foregår i hovedsak gjennom meldingsutveksling og bruk av kjernejournal.

I mars 2021 innførte HSYK pasientjournalen - DIPS Arena - som første helseforetak i Helse Nord. Overgangen til DIPS Arena gir også mulighet for økt digital samhandling og effektiv informasjonsflyt mellom sykehus og kommune.

Helgelandssykehuset driver med forsknings-, innovasjons- og utviklingsprosjekter som forbedrer det eksisterende behandlingstilbudet, og prosjekter som representerer endringer i form av ny teknologi og nye arbeidsformer, som for eksempel Helserom (se tekstboks 9.1-1).

Helserom Helgeland- Lokal helsehjelp med avstandsoppfølging:

Et samhandlings-, innovasjons og forskningsprosjekt som skal gjennomføres i nært samarbeid mellom Helgelandssykehuset HF, Brønnøy, Rødøy, Dønna og Vefsn kommuner, SINTEF AS og teknologibedriften CheckWare. Brønnøy kommune er prosjekteier, mens Helgelandssykehuset har prosjektledelsen.

- *Helserommet er et konkret rom i et lokalsamfunn, for eksempel på legekantoret eller på sykehjemmet, som inneholder medisinsk utstyr og teknologi som gir pasienter, pårørende, kommunalt helsepersonell – både lokalt og fra andre kommuner – og spesialisthelsetjenesten nye måter å samhandle på samt fleksible løsninger for tilgang til kompetanse og utstyr.*
- *Tjenestemodellen vil innebære et tett samarbeid mellom kommunenes primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten gjennom oppfølging av pasienter og kunnskapsoverføring til lokalt helsepersonell. Lokalt helsepersonell skal få beslutningsstøtte, faglig veiledning og opplæring via digitale løsninger og avstandsoppfølging fra annet helsepersonell, enten fra sykehuset eller fra andre kommuner.*
- *Målet er å utvikle en tjenestemodell som sikrer at pasienter på Helgeland får tilgang til likeverdig og tilrettelagt medisinsk oppfølging, behandling og akutthjelp i hjemmet eller i et lokalt Helserom.*
- *Gevinstene vil være mange både for pasientene, helsepersonell og samfunnet. Økt helsekompetanse, kompetanseoverføring, redusert reisebelastning og færre innleggelses er bare noe av gevinstene. For mer informasjon: [Helserom Helgeland](#)*

Tekstboks 9.1-1 Utviklingsprosjekt for utprøving av Helserom hvor helgelandssykehuset er en av partene

Den teknologiske utviklingen vil påvirke utviklingen av helsetjenesten i de kommende årene. Digitalisering, minimalisering, nanoteknologi, bioteknologi, kunstig intelligens og robotisering er noen stikkord for den nære framtid.

Kunstig intelligens vil bidra til raskere diagnostisering ved å gi validert klinisk beslutningsstøtte. Sammen med avanserte sensorer koblet til pasienten, sanntids overføring og bruk av smarttelefon, trenger ikke pasienten å møte fysisk på sykehuset for diagnostisering eller kontroll. Dette kan særlig være aktuelt for pasienter med kroniske sykdommer som har behov for rutinemessige kontroller.

HSYK skal være et sykehus som bidrar til nyvinninger i den teknologiske utviklingen, og må hele tiden vurdere den teknologiske utviklingen opp mot behov. HSYK skal anvende teknologi og e-helse til kontinuerlig forbedring for å skape pasientens helsetjeneste. Det pågår flere forsknings og innovasjonsprosjekter som vil bidra til en hensiktsmessig utvikling av tjenestene på Helgeland.

9.1.3 Hva må til for å utvikle fremtidens teknologiske tjenester på Helgeland:

Kunnskap om de behov og muligheter som vi har i dag, og vil få i fremtiden, nødvendiggjør en tverrfaglig og tverretattlig tilnærming. Vi må både involvere ansatte med ulike bakgrunn og eksterne samarbeidspartner når det skal gjøres vurderinger av behov, nytte, mulighet og risiko. For å kunne velge mellom ulike teknologiske løsninger trenger vi god forståelse av hvilke egenskaper med teknologi som gir oss nytte.

For at Helgelandssykehuset skal kunne nyttiggjøre seg både dagens og fremtidens teknologiske løsninger, må helseforetaket ha en organisasjon hvor både ledere og ansatte er innovative og endringsvillige. Dette omfatter:

- God og sikker infrastruktur slik at ny teknologi kan tas i bruk
- Økt faglig kompetanse på IKT systemer med tanke på installasjon, opplæring og brukerstøtte
- Tettere samarbeid mellom sykehus, kommuner og bedrifter for å utnytte teknologien best mulig i fremtidig sykehus, DMS og kommuner/hjem
- Bruk av telemedisin/videokommunikasjon og mer avansert utstyr i den prehospitaltjenesten
- Mer utredning, behandling inkludert hjemmebehandling og avstandsoppfølging utenom sykehus
- Økt kompetanse og økt bruk av velferdsteknologi med tanke på best mulige alternativer i forhold til Helgelands geografi. Ta i bruk virtuelle, interaktive E-helsebaserte løsninger

Den teknologiske utviklingen vil bety mye for innhold og organisering av fremtidige helsetjenester på Helgeland.

Det planlegges desentralisering, mer avansert prehospital behandling og mer effektiv kommunikasjon og oppfølging. Den teknologiske utviklingen trekker også i retning av mer avansert behandling ved større enheter samtidig som flere tjenester flyttes ut av sykehuset og hjem til pasienten.

HN (Helse Nord) IKT skal aktivt bidra til at HN fremskaffer moderne IKT-løsninger som bidrar til høy kvalitet, gode pasientforløp og effektiv ressursbruk i spesialisthelsetjenesten (SHT) og øvrige brukergrupper. HN IKT skal videreutvikle samhandlingen gjennom åpne prosesser og bedre verktøyunderstøttelse, slik at HN IKT ivaretar helseforetakenes og øvrige brukergrupper sine behov.

9.1.4 Framtidens samhandling på Helgeland

Det er en tydelig helsepolitisk satsning på økt og bedre samhandling som tiltak for å utvikle bærekraftige helse og velferdstjenester for våre pasienter i fremtiden. Samhandlingsreformen og andre offentlige helse-politiske dokumenter beskriver hvordan dette skal gjøres i praksis, og samhandling blir i stadig økende grad benevnt og sett i sammenheng med innovasjonsbegrepet.

Spesialist- og primærhelsetjenesten trenger hverandre for å skape et best mulig tilbud til våre felles pasienter. Bare sammen kan vi utvikle fremtidens helsetjeneste.

Det er en forutsetning for å lykkes at pasientene involveres og får innflytelse på utviklingsarbeidet. Bare pasienten og deres pårørende kan si noe om hva de ønsker og hvordan de opplever kvaliteten på Helgelandssykehuset. Pasientenes erfaringer og behov bør ligge til grunn for utviklingsarbeidet i fremtiden. Helgelandssykehuset bør derfor gjøre det enklere å gi tilbakemelding etter endt behandling, og det bør satses på brukermedvirkning gjennom Helsefellesskap Helgeland, implementering av Samvalg og øke helsekompetanse gjennom Lærings- og mestringssenteret.

Helsefellesskap

Helse og omsorgsdepartementet har i NHSP 2020-2023 besluttet at det skal etableres 19 helsefellesskap i Norge hvorav Helgeland blir ett Helsefellesskap. NHSP beskriver strukturen i Helsefellesskapene. Denne strukturen vil påvirke hvordan samarbeidet mellom HSYK og kommune vil bli i fremtiden.

Helsefellesskap er en videreføring av samhandlingsreformen. Det nye er at brukere, ansatte og fastleger skal være representert på alle nivåer i Helsefellesskapet.

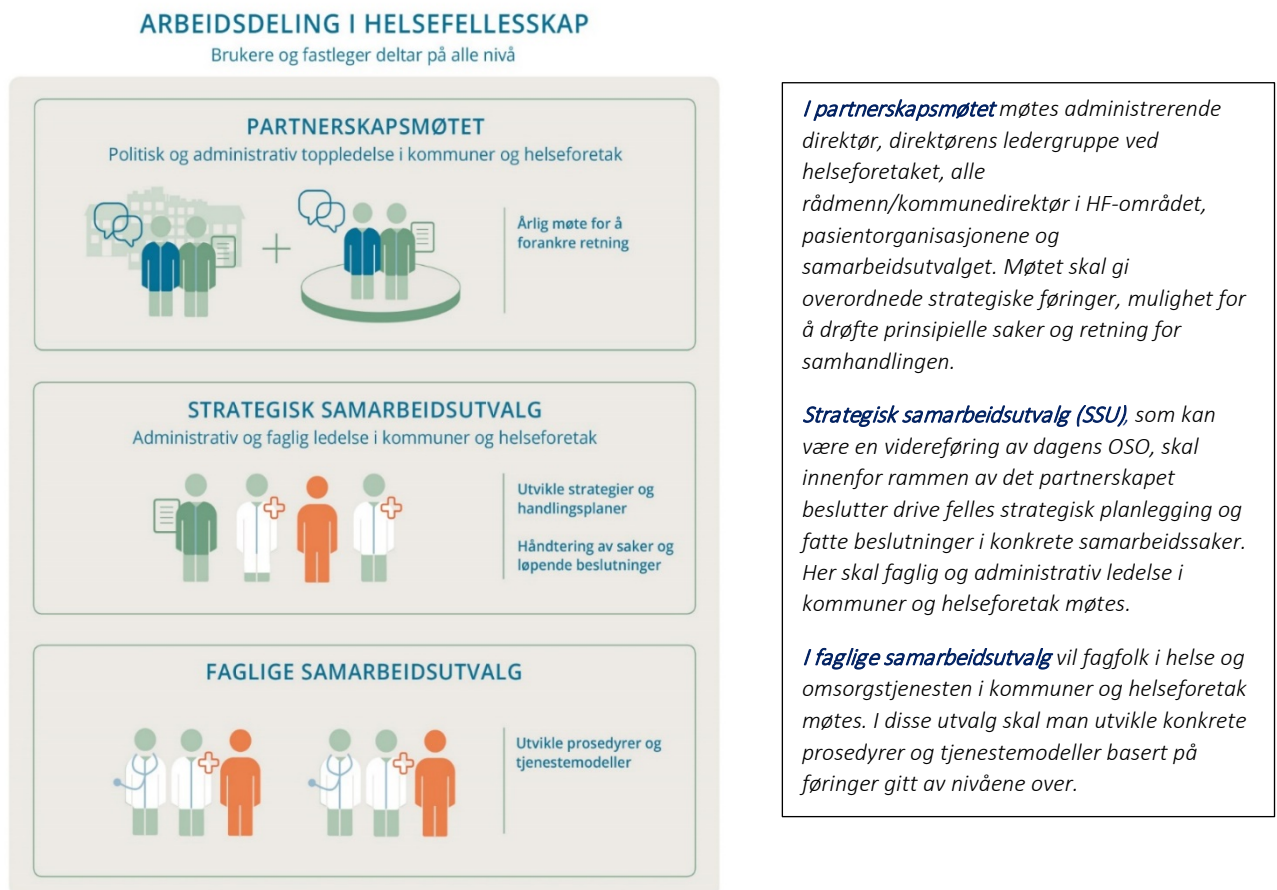
Hva vil bli nytt?

Fokus på fire pasientgrupper:

- Barn og unge
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- personer med flere kroniske lidelser
- Skrøpelige eldre

Hvordan:

- Kommuner og helseforetak må samordne seg bedre
- Det skal planlegges bedre – sammen
- Myndighetene skal understøtte bedre
- Det skal sikres bruker – ansatte - og fastlegerepresentasjon på alle nivåer
- Mye av strukturen er på plass. Utfordringen blir å tilpasse utvikling av dagens struktur og samtidig beholde det gode samarbeidsklimaet vi har pr i dag

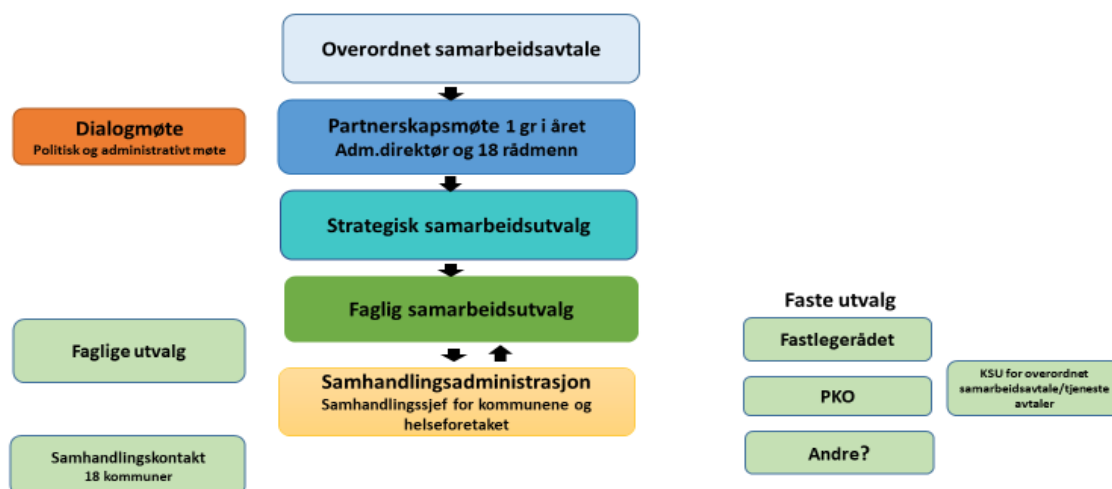


Figur 9.1-2Arbeidsdeling i Helsefelleskap (NHSP)

Helgelandssykehuset ser nødvendigheten av felles planprosesser med fokus på de pasienter som trenger både spesialist- og primærhelsetjenester. Dette vil kreve gode avtaler på strategisk nivå og tjenesteavtalene må revideres slik at disse blir i tråd med de fremtidige ambisjoner og utvikling.

Det er planlagt oppstart av Helsefelleskap Helgeland september 2021.

Samhandlingsstruktur på Helgeland



Figur Feil! Bruk fanen Hjem til å bruke 0 på teksten du vil skal vises her.9.1-3 Figuren er hentet fra forslag til samhandlingsstruktur fra arbeidsgruppen for Helsefelleskap Helgeland.

Figur 9.1-3 viser hovedpunktene i samhandlingsstrukturen på Helgeland, men hvordan interaksjonen mellom boksene blir er foreløpig ikke bestemt. Samhandlingsstrukturen vil bli ferdigstilt og vedtatt ved første partnerskapsmøtet på Helgeland.

Samarbeidsavtaler og tjenestemodeller – nasjonalt arbeid som sikrer lokale prosesser

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt to oppdrag til Helsedirektoratet som er knyttet til NHSP. Dette gjelder:

- Revidering av veileder for de lovpålagte samarbeidsavtalene
- Veiledningsmateriell for tjenestemodeller på tvers

Endringen innebærer at det innføres et krav om at avtalen skal omfatte en konkret beskrivelse av hvordan partene skal utvikle og planlegge tjenestene. Begge oppdragene legger føringer for tilrettelegging av forarbeidet i helsefelleskapene.

For Helgelandssykehuset og samarbeidende kommuner er det viktig å sikre lokale prosesser og at beslutningene er basert på lokale forhold. Forslag til revidering av avtalene vil være en del av utviklingsarbeidet under Helsefelleskap Helgeland og «Gode helhetlige pasientforløp». Fokus vil ligge på ansvarsavklaring og presiseringer.

Læring og mestring (LMS)

Pasient- og pårørendeopplæring er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte hovedoppgaver. For å imøtekomme ett av effektmålene i styringsdokumentet for Nye HSYK skal pasienten motta en kunnskapsbasert tjeneste med god kvalitet.

Lærings- og mestringssentrene i HN har som hovedoppgave å være et helsepedagogisk ressurscenter der de ansatte i LMS veileder og underviser tverrfaglig helsepersonell i sykehus og kommune, brukerrepresentanter og studenter.

Målet er å øke den helsepedagogiske kompetansen hos ansatte som igjen kan bidra til økt helsekompetanse i befolkningen.

LMS arbeider også med kvalitetssikring og koordinering av gruppebaserte lærings- og mestringskurs.

«Jo mer pasienten forstår, jo bedre blir behandlingen og jo enklere blir det å mestre sykdom og ta valg som fremmer god fysisk og psykisk helse»

Sitat Bent Høie, sykehustalen 2020

Helsekompetansen i befolkningen

Helsekompetanse betyr innbyggernes evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon som de får fra helsetjenestene. I 2019 kom en strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen som viste at 33% av befolkningen hadde utfordringer med å ta valg og ta aktiv del i egen helsehjelp. Dette være seg tre hovedgrupper som utpeker seg; personer over 65 år, personer med lav utdanning, og personer med langvarig sykdom.

«God helsekompetanse og god informasjon resulterer i færre konsultasjoner hos fastleger og reinnleggelse, og det resulterer i mindre feilbruk av medisiner»

Nasjonalt handlingsplan og pårørendestrategi, desember 2020

Læring og mestring på Helgeland skal inngå i alle tjenester og forløp og inkludere alle brukere, pasienter og pårørende som har behov for slike helsetilbud. Det er derfor hensiktsmessig å se lærings- og mestringsevnen i et helhetlig perspektiv. LMS vil være viktige i det fremtidige arbeidet med utvikling av gode pasientforløp for å styrke og forankre pasient- og pårørendeopplæring som en del av pasientforløp fra hjem til hjem. LMS vil få en enda mer sentral rolle innenfor øking av helsekompetanse, helsepedagogikk og samvalg i Helgelandssykehuset, i tillegg til det de bidrar med i dag:

- Lærings- og mestringssentrene har som hovedoppgave å være et helsepedagogisk ressurscenter der de ansatte i Lærings- og mestringssentrene veileder og underviser tverrfaglig helsepersonell i sykehus og kommune, brukerrepresentanter og studenter. (Helsepedagogisk grunnkurs)
- Kurslederkurs for helsepersonell og brukerrepresentanter
- Diagnoseavhengige Lærings- og mestringskurs i regi av spesialisthelsetjenesten

Lovpålagte tjenester

Lovpålagte tjenester og bestemmer som vil være avgjørende for våre 4 prioriterte pasientgrupper (jf. NHSP) er beskrevet nedenfor. Bestemmelsene kan ses i sammenheng med utviklingen av «Gode helhetlige pasientforløp» spesielt med tanke på strukturert oppfølging.

Pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester skal i henhold til spesialisthelsetjenesteloven (SHT-loven) og kommunehelsetjenesteloven (KHT-loven) tilbys og få oppnevnt koordinator. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan (IP).

Kommunen skal utarbeide IP for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Når en pasient har behov for tilbud både etter SHT-loven og PHV-loven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en IP, og planarbeidet må koordineres.

SHT skal ha en Koordinerende enhet (KE) som bl.a. har generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen og i kommunene. Begge nivå har overordnet ansvar for individuell plan. Det er utarbeidet retningslinjer og funksjonsbeskrivelser for koordinator og koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten på Helse Nord-nivå (se kapittel 8.2 hvor det er illustrert modell for komplekse forløp med store koordineringsbehov).

Koordinator vil være en viktig ressursperson i seg selv og i arbeidet med øvrige forløpsprosjekter/tiltak. IP gir en samlet oversikt over tiltak og tjenestetilbud. Pasientens og pårørendes medvirkning er en forutsetning og vesentlig i arbeidet med IP.

9.1.4.1 Gode helhetlige pasientforløp på Helgeland

Gode helhetlige pasientforløp er noe Helgelandssykehuset ønsker å oppnå. Gode helhetlige pasientforløp skal sikre gode overganger mellom helsetjenestene på Helgeland og skal styrke brukerrollen. Dette er et strukturert utskrivnings- og oppfølgingsprogram, og Kommunenes sentralforbund (KS) og Folkehelseinstituttet (FHI) har laget et nasjonalt læringsnettverk for å styrke arbeidet på landsbasis. De har tatt utgangspunkt i utviklingsarbeidet gjort i Midt-Norge i 2009 og videreutviklet konseptet helhetlige pasientforløp.

Pasientforløp: «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.» Helsedirektoratet

Tidslinjen i et helhetlig pasientforløp går fra første kontakt med helsetjenesten om et helseproblem eller en ny henvendelse om et tidligere overstått helseproblem og til siste kontakt knyttet til det aktuelle behovet. En person kan ha flere helseproblemer samtidig.

Det er illustrert ulike pasientforløp i kapittel 8.2. Disse viser disse prinsippene med sammenhengene gjennom tjenestesystemene fra hjem til hjem.

Kjennetegn ved helhetlige pasientforløp:

- Kontinuitet: tjenestene er koordinerte gjennom god samhandling
- Samarbeid: to eller flere virksomheter har gjensidig forpliktende ansvar over tid
- Sømløshet: smidig overføring av informasjon og oppgaver til rett tid
- Pasientsentrert: pasienten deltar i beslutninger om målsetting og utforming av tiltak, og fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov

Gode pasientforløp tar utgangspunkt i behovene lokalt for å tilrettelegge til en pasientsentrert helsetjeneste. Hovedelementer baserer seg på retningsendring fra «hva feiler det deg?» til «**hva er viktig for deg?**» Dette vil gi pasientene større påvirkning og flere valg, og en opplevelse av større likeverdighet i utarbeidelse av eget pasientforløp.

Det er et kvalitetssystem med sjekklister, prosedyrer og risikokartlegging som vil bidra til nødvendig informasjon til riktig tid. Resultater som er ønskelig er at pasientene opplever at de blir tatt på alvor, møter kompetanse og ivaretagelse uansett tjenestenivå, færre reinnleggelser og færre avvik.

Læringsnettverket skal bidra til at kommuner og sykehus jobber systematisk sammen for å få til gode pasientforløp og bidrar med metoder og verktøy for å forbedre dagens praksis.

Utviklingsarbeid knyttet til «Gode helhetlige pasientforløp på Helgeland»

- **Læring og mestring** på Helgeland skal inngå i alle tjenester og forløp og inkludere alle brukere, pasienter og pårørende som har behov for slike helsetilbud.
- **Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO)** er informasjonsutveksling mellom SHT (spesialisthelsetjenesten) og PHT (primærhelsetjenesten) hvor de har felles pasient som trenger tjenester fra begge nivå. Elektronisk meldingsutveksling er en sikker og rask kommunikasjonsform. PLO meldinger er en av de viktigste samhandlingsformene som foregår mellom kommunene og sykehuset.

Det er behov for å utvikle dette systemet til å gjelde for eksempel flere faggrupper og hvilket innhold som skrives. Det vil være et arbeide som kan ses på av arbeidsgruppen for gode helhetlige pasientforløp.

- **Pakkeforløp**

Pakkeforløp er politisk initiert på bakgrunn av ønske om mer forutsigbarhet i behandlingsforløp uten unødig ventetid og med tanke på trygghet og brukermedvirkning for pasientene. De nasjonale pakkeforløpene omfatter tilstander både innen somatikk og psykisk helse og rus. Pakkeforløpene gir normer for behandlingstid uavhengig av om de er diagnosespesifikke eller generelle.

Gode helhetlige pasientforløp vil kunne se på status pakkeforløp på Helgeland og utvikling av tjenesten. Dette være seg innenfor både somatikk og psykisk helse og rus.

- **Samhandlingsavvik for forbedringsarbeid**

Arbeidsgruppen for gode helhetlige pasientforløp vil kunne innhente statistikk for avvik. Dette som grunnlag for det videre utviklingsarbeidet.

9.1.4.2 Gode tiltak for overføring og oppfølging av pasienter på Helgeland

Evalueringsrapporten viser behov for å forbedre pasientforløp mellom kommuner og sykehus. Det er spesielt i overgangene mellom nivåene at det svikter. Informasjonsflyten ved overføringer mellom sykehus og kommune er kritiske punkt. I spesialisthelsetjenesten blir pasientens behov i hovedsak vurdert i et korttidsperspektiv og ut ifra en medisinsk, diagnoseorientert tilnærming. I primærhelsetjenesten blir pasientens behov i det vesentlige vurdert i et langsiktig perspektiv, med vekt på funksjonsnivå, mestring, livskvalitet og hjemmesituasjon. Ulike perspektiver på pasientenes omsorgsbehov gjenspeiles også i forståelsen av begrepet utskrivningsklar. Ulike samarbeidstiltak, pasientforløp og tiltak knyttet til overføring og oppfølging av pasienter mellom nivå, blir vesentlige tiltak også i tiden som kommer for å sikre at pasienter får tjenestetilbud på riktig nivå.

Ulike samarbeidsmodeller mellom sykehus og kommune kan bidra til kunnskapsoverføring og økt forståelse for pasientens situasjon. HSYK ønsker å gjøre overføring og overgangene bedre ved blant annet å opprette tilbud som beskrevet nedenfor:

9.1.4.3 Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT)

Pasientsentrert helsetjenestetteam er tverrfaglig team fra PHT og SHT hvor pasientgruppen i hovedsak er eldre, multimorbide over 60 år, med sammensatt problematikk som har behov for tverrfaglig kartlegging/vurdering og helsetjeneste. Grunntanken bak tilbudet er «hva er viktig for pasienten». Målet for arbeidet er å ivareta pasienter og redusere sykehusforbruk. Pasientsentrert helsetjenestetteam har sitt utgangspunkt i et samarbeid mellom Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) og Tromsø kommune. Forskning viser at teamene har ført til redusert forbruk av øyeblikkelig hjelp, økt bruk av planlagt poliklinikk og reduksjon i dødelighet (Berntsen et al. 2019).

Teamet er:

- Tverrfaglig sammensatt – kan bestå av leger, sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter, farmasøyt og helsesekretær
- Opptatt av samarbeid med pasient, pårørende og helsepersonell
- Pasientsentrert – tar utgangspunkt hva som er viktig for pasienten
- Helhetlig – ser hele pasienten
- Proaktivt – forebyggende fokus. Forbygge utvikling av akutt sykdom, bistå med tidlig vurdering og diagnostikk av hjemmeboende eller nylig innlagte pasienter i sykehus
- Mobilt - arbeider både på sykehuset og ute i kommunen, bistår med planlegging og oppfølging i hjemmet den første tiden etter utskrivelse
- Risikoanalyse - er et viktig arbeidsverktøy som teamet bruker for å kartlegge og forstå den helhetlige situasjonen til pasienten

Hva gjør teamet

- Ved utskrivelse: Bidra til bedre koordinerte utskrivelser, bistå med å organisere nødvendig opplæring for pasient, pårørende og personale, bistå med oppfølging hjemme den første tiden.
- I hjemmet/på sykehjem: Teamet gjør tverrfaglige vurderinger og utredning, og kan starte behandling i samarbeid med fastlege. Teamet kan ved behov også bidra med å organisere undersøkelser ved sykehuset.
- Teamet er et supplement til eksisterende tilbud i sykehus og kommune, og vil samarbeide tett med disse.

På Helgeland kan det etableres flere felles tverrfaglige ambulerende team med base i HSYK i samarbeid med kommuner.

LMS kurs

Diagnose uavhengige kurs som vil ha fokus på hvordan mestre livet med sine utfordringer. Informasjon, støtte og veiledning.

Tverrfaglig oppfølgingsteam/ Kommunal oppfølging av innlagte pasienter

Kommuner kan oppsøker innlagte pasienter ved Helgelandssykehuset, som sannsynligvis skal ha behov for tjenester fra kommunen i etterkant av sitt sykehusopphold. Målet er å få tidlig oversikt over hvilke tilpasninger og behov som må dekkes av kommunen, samt avklare videre pasientforløp.

FACT

FACT (Flexible Assertive Community Treatment) er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. FACT teamet består av personell både fra PHT og SHT. Modellen har vist å gi gode resultater. Det er avholdt møte med flere kommuner på Helgeland, som også ønsker etablering av FACT team.

Det kan også ses på en løsning som kan gjelde for kommuner med lavt innbyggertall hvor det er vanskelig å ha nok pasientgrunnlag til et slikt team.

FACT UNG

En ny modell for å organisere de ulike tjenestene fra kommune og spesialisthelsetjenesten som vil gi mulighet for å gi ungdom helhetlig og langsiktig oppfølging.

Prosjekt IPS (individuell jobbstøtte)

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom SHT, PHT og NAV.

IPS er et tilbud til personer med moderate til alvorlige psykiske helseproblemer, og/eller rusproblemer, som ønsker hjelp til å komme i arbeid eller beholde ordinært, lønnet arbeid.

Forbedringsprosjektet «Den eldre pasienten»

Dette er et samarbeid mellom medisinsk avdeling, voksenpsykiatri, fysikalsk medisinsk rehabilitering og enkelte kommuner på Helgeland.

Tekstboks 9.1-2 Eksempel på flere gode tiltak som kan videreutvikles/opprettes

9.1.4.4 Desentrale tjenestetilbud for likeverdige tjenester

«Ethvert lokalt tilbud kan ikke uten videre sies å være et likeverdig alternativ til sykehuset. Det må foreligge en riktig utvalgt pasientgruppe, et forsvarlig medisinsk faglig nivå og en systematisert observasjonskompetanse ved behandlingstilbudet». Lappegard Ø. Acute admission at Hallingdal sjukestugu, 2016.

Økt bruk av teknologiske og digitale hjelpemidler for fjernoppfølging av pasienter vil være en av fremtidens arbeidsmetoder. I utstrakt grad kan man gjennom digitale plattformer skape rom for fortløpende digital kartlegging og oppfølging av ulike pasientgrupper. Gevinsten kan være at man tidlig fanger opp endring/forverring av tilstand og dermed tidligere intervensjon. Slike plattformer anvender digital kommunikasjon som video og tekst, innrapportering av data fra for eksempel sykdomsspesifikke rapporterings skjema, målinger fra kompatibel overføringsenhet, pasientens logg over opplevd helsetilstand/sykdom etc. Slike løsninger vil være anvendbart kanskje særlig for kronikere for tettere oppfølging av disse (eks. KOLS, diabetes, nyresvikt med behov for dialyse, hjertesvikt, etc.).

Det finnes mange tiltak og tjenester som bidrar til å utvikle tilbudet til befolkningen på Helgeland. Tidligere nevnt er Helserom Helgeland som er en modell med stor styrke og god forutsetning for å lykkes med å etablere nye samhandlingsløsninger. Det vil i fellesskap bli utarbeidet en realiseringsplan for implementering og spredning av den nye tjenestemodellen mellom SHT og PHT. Realiseringsplanen vil være et levende handlingsdokument hvor det vil bli foretatt aksjoner og

beslutninger underveis og videre etter prosjektslutt. Å få tjenester nært hjemmet vil være en klar forbedring av et likeverdig tjenestetilbud til befolkningen på Helgeland.

Kommunal dialysestasjon/satellitt/hjemmebehandling

Helgelandssykehuset i gang med å etablere fremtidig desentralisert hemodialysetilbud nærmere pasientens hjem. Pasienter med behov for nyreerstattende behandling i form av hemodialyse er storforbrukere av helsetjenester. Behandlingen i seg selv er krevende og pasienten kan potensielt utsettes for tilleggsbelastning med tanke på avstand fra hjemmet til behandlingstilbud på sykehus. Pasienten tilbringer store deler av dagen på sykehus og i transport til og fra behandling. Etableringen av kommunal dialysestasjon er et samarbeidsprosjekt mellom primær- og spesialisthelstjeneste. Tilbudet er et desentralisert spesialisthelstjenestetilbud der behandlingsregime, kontroller og oppfølging ytes av SHT, mens den praktiske behandlingen utføres av PHT. Stasjonene skal i det daglige driftes av sykepleiere i aktuell kommune med koordinering av behandling og støtte fra dialyseavdeling i Helgelandssykehuset HF.

Obstruktiv søvnapné (OSAS)

Avstandsoppfølging av OSAS pasienter som behandles med Continuous Positive Airway Pressure-maskin (CPAP). Lungesykepleier ved Helgelandssykehuset Mosjøen tilbyr avstandsoppfølging av OSAS pasienter som CPAP-behandles.

Ambulant rehabiliteringsteam (ART)

Et eksisterende rehabiliteringstilbud i Helse Nord er Ambulant rehabiliteringsteam (ART). Dette er en oppsøkende helsetjeneste som skal bidra til at pasienter med sammensatte rehabiliteringsbehov skal ha et forutsigbart og koordinert helsetilbud. For å oppnå dette jobber teamet ut mot pasienten selv, pårørende, kommunale bidragsytere og andre aktuelle institusjoner for å oppnå godt samarbeid og samhandling på tvers av profesjoner, etater og sektorer slik at pasienten skal få et godt helhetlig tilbud.

I Helgelandssykehuset er ART organisert under FMR Sandnessjøen, men tjenesten dekker alle kommuner på Helgeland. Teamet er tverrfaglig oppbygget, per i dag bestående av 4 ulike profesjoner (Sykepleier, sosionom, ergoterapeut og fysioterapeut) fordelt på 200% stilling med tilhørende rådgivende lege som er medisinskfaglig ansvarlig. Det er totalt 7 Ambulante rehabiliteringsteam i helse nord, som alle er organisert i et felles regionalt fagnettverk.

Målgruppen for teamet er personer med langvarige sammensatte rehabiliteringsbehov. Tiltakene retter seg også mot pårørende, nettverk på aktuelle arenaer, og involverte tjenesteytere. De ambulante teamene jobber blant annet for å skape gode og sammenhengende rehabiliteringsforløp for pasientene mellom spesialisthelstjenesten og kommunehelstjenesten. ART kan videre bidra til å målrette og organisere arbeidet som skal gjøres lokalt gjennom utredning, kartlegging, faglige vurderinger, veiledning, diskusjoner, undervisning og opplæring. De kan i tillegg være en informasjons- og ressursbase med kunnskap om habiliterings- og rehabiliteringstilbud andre steder i landet. ART jobber for at voksne med funksjonsnedsettelse skal få et forutsigbart og koordinert tilbud. Teamet kan kobles inn når sammensatte problemstillinger krever godt samarbeid mellom flere ulike hjelpere, personen selv og pårørende. ART jobber i hovedsak med veiledning og tilrettelegging, men kan unntaksvis gå inn i en mer behandlende rolle i tilfeller der det er nødvendig. Eksempler kan være fagspesifikk rådgivning til pasient, tilrettelegging av treningsopplegg, bidra i søknadsprosesser o.l.

9.1.4.5 Potensiale for videreutvikling av tilbudet:

Digitale løsninger – Økt mulighet for benyttelse av digitale løsninger, både i samhandling med pasient, pårørende og aktuelle tjenesteytere i kommunen. Økt digitalisering av tjenesten ved bruk av videosamtale / helserom vil kunne bidra til å redusere reisetid og effektivisere tjenesten generelt.

Tidlig støttet utskrivelse (TSU) – Tidlig støttet utskrivning hos pasienter med mild til moderat nedsatt funksjonsevne etter hjerneslag Tidlig støttet utskrivelse er et tiltak som er anbefalt av helsedirektoratet: «Det anbefales at pasienter med mild til moderat funksjonssvikt utskrives tidlig direkte til hjemmet. Dette forutsetter tett oppfølging av et tverrfaglig ambulerende team med spesialkompetanse på hjerneslag, nær samhandling mellom sykehus og helse- og omsorgstjenestene i kommunene, og rehabiliteringstilbud i hjemmet eventuelt kombinert med rehabilitering i dagavdeling». ART vil kunne være aktuelt å benytte i etableringen av et slikt tilbud, dette vil dog forutsette en vesentlig økning i ressurser og kompetanse i teamet.

Når det gjelder faglig kompetanse, går dagens utviklingstrend mot at flere og flere pasienter skrives ut tidlig fra spesialisthelsetjenesten. Dette setter økt krav til kommunen med tanke på faglig kompetanse. ART vil i komplekse saker kunne bidra med tverrfaglig rådgivning til kommunen.

Distriktsmedisinsk senter

Et distriktsmedisinsk senter (DMS) er en modell som er utformet for å styrke samhandling mellom tjenestenivåene. Det er en samling av helse- og omsorgstjenester som har til hensikt å gi sammenhengende og tjenester til befolkningen nært der de bor. Et DMS består vanligvis av kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter/brukere før og etter eller istedenfor innleggelse i sykehus. DMS-et er også en viktig arena for kompetanseutvikling på tvers av profesjoner og nivå. I tillegg kan avtalespesialister være etablert i et DMS, og man kan legge til rette for andre private tilbud og frivillige organisasjoner. DMS Sør-Helgeland i Brønnøysund bygger på denne modellen og åpner høsten 2021.

DMS-et som samhandlingsarena for å utvikle gode og effektive pasientforløp, kan konkretiseres ved å etablere intermediaære senger/etterbehandlingssenger for pasienter (fra medisinske og kirurgiske avdelinger) som skrives ut tidlig fra sykehuset. Samhandlingsreformen utfordrer norsk helsevesen til å utvikle en organisering som ivaretar gråsonepasientene bedre og intermediaæravdeling kan bli en brobygger mellom primær og spesialisthelsetjenesten. En intermediaæravdeling er en mellomting mellom en sengepost på sykehus og en sengepost i et kommunalt sykehjem. Sammenlignet med sykehjemmet er intermediaæravdelingen opprustet med høyere bemanningsnorm, økt mengde legetjenester samt andre helsefaglige tjenester. Intermediaæravdeling er en avdeling som kan ta pasienter før, istedenfor eller etter sykehusbehandling. Hensikten er at de som blir innlagt der skal ha et tidsavgrenset opphold før de blir sendt videre til enten sykehus, sykehjem eller hjem.

Pasientgruppene som behandles rommer et stort spekter av diagnoser. Det vil i stor grad være avhengig av pasientens komorbiditet og psykososiale status, og det vil være avhengig av den kompetansen som er lokalt. Det pekes på tre sentrale forutsetninger. Dette er: En riktig utvalgt pasientgruppe, et forsvarlig medisinsk faglig nivå og systematisert observasjonskompetanse.

Erfaringer fra andre DMS viser til at god samhandling med primærhelsetjenesten og særlig fastleger er avgjørende. Videre vises det til felles faktorer som styrker samhandling og samarbeid⁹. Det omhandler et felles perspektiv, felles mål, tydelige roller og oppgaver, i tillegg til

⁹ Casey 2008; Sargeant et al. 2008; Olson et al. 2011; Dahl et al. 2016; Orvik et al. 2016

informasjonsoverføring. Det handler om å legge til rette for neste ledd i pasientforløpet, at partnerne ser sitt arbeid som en del av en helhetlig helse- og omsorgstjeneste og en ledelse som legger til rette for god kommunikasjon, teamarbeid, samarbeid mellom enheter og nivå, læring, felles perspektiv og klare roller.

9.1.4.6 Kompetanse

For å styrke helsetjenesten på Helgeland er det nødvendig å styrke kompetanse i kommuner, kompetanse i Helgelandssykehuset og øke helsekompetansen blant befolkningen.

Utvikling og utveksling av kompetanse bør være et sentralt tema i dialogen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten via Helsefellesskap Helgeland. Felles kompetansetiltak bidrar til felles kultur og forståelse, og styrker grunnlaget for et godt tverrfaglig samarbeid på tvers av nivåene. Som igjen vil være til det beste for våre pasienter.

Tjenestene helsepedagogisk ressurscenter (LMS), satsning på økt helsekompetanse og samvalg i Helgelandssykehuset vil bidra i utviklingen. Helsefellesskap Helgeland vil gjennom revidering av tjenesteavtalene, opprettelse av faglige utvalg, gode pasientforløp, hospiteringsordning, ambulering mfl. bidra til styrking av en felles forståelse og et felles kompetansegrunnlag.

Som tidligere beskrevet i kapittelet, vil opprettelse og videreutvikling av desentraliserte tilbud slik som dialyse-, diabetesbehandling, ART, LMS, Helserom bidra til kompetanseoverføring mellom SHT og PHT.

Nedenfor presenteres en ny tjeneste som HSYK bør vurdere. Dette er klinisk ernæringsfysiolog i kommunene på Helgeland.

Klinisk ernæringsfysiolog (KEF) i Helgelandskommunene

Regjeringen har som del i oppfølgingen av Meld. St 15 (2017-2018) Leve hele livet (kvalitetsreform for eldre), nylig lansert en ernæringsstrategi som skal bidra til bedre kosthold og gode måltidsopplevelser hos eldre som bor på sykehjem og eldre som mottar hjemmetjenester. Feil- og underernæring blant eldre er et omfattende problem. Det anslås at en samfunnsøkonomisk besparelse knyttet til målrettet forebygging og behandling, bare i spesialisthelsetjenesten, vil være rundt 800 millioner kroner årlig (tall fra Universitetet i Oslo). Dette vil for pasientene bety forebygging av vekttap, tap av muskelmasse, svekket immunforsvar, lengre gjenopptrening, flere reinnleggelser, etc.

Flere kommuner har fått erfaring med kliniske ernæringsfysiologer, og det er utelukkende gode tilbakemeldinger. Prosjekter har i årevis vist at det er behov for kliniske ernæringsfysiologer gjennom hele livsløpet, se eksempler her: [KEFF](#) og [Kartlegging av ernæringsarbeid](#)

Helgelandssykehuset ser behovet for å gjøre et slikt tiltak på Helgeland. Målsetningen er å sikre kvalitet og skape fokus og kompetanseheving på ernæringsfaget i kommunehelsetjenesten, og på denne måten bidra til å fange opp pasientgrupper *før* behov for spesialisthelsetjeneste, kvalitetssikre oppfølging *etter* utskrivelse samt hindre *reinnleggelse* («svingdørspasienter», skrøpelige eldre med sammensatte helseutfordringer).

Gruppen foreslår styrking med klinisk ernæringsfysiolog i HSYK, som har tilhørighet til fagmiljøet i sykehuset, men som jobber utadrettet mot kommunene i Helgeland.

Klinisk ernæringsfysiolog skal ivareta:

- Systematisk fag – og kvalitetsutvikling (klare retningslinjer for oppsporing av underernæring og ansvarsfordeling på tvers av sektorene)

- Samhandling gjennom oppfølging og ivaretagelse av helhetlige pasientforløp (pasientspesifikt)
- Kompetanse og kunnskapsoverføring til kommunene gjennom kurs/undervisning (institusjoner, hjemmebaserte tjenester, etc.)
- Pasientkonsultasjoner, gjerne tverrfaglig med primærhelsetjeneste nært bosted (Helserom, DMS, etc.)

HSYK anser det som viktig for pasientene på Helgeland at det sees på ernæringsfaget i et langsiktig perspektiv, og med bakgrunn i geografi, kommunestørrelse og innbyggertall på Helgeland anser vi det som hensiktsmessig at funksjonen kan sees forankret i helseforetaket.

9.1.4.7 Forslag til areal i Nye Helgelandssykehuset

Generelt om sykehusareal

Nye Helgelandssykehuset skal gjøre større investeringer i bygg, både i MIR, SSJ & omegn, og i MSJ. Dette omfatter renovering, med omfordeling av arealer og tilbygg og ev. nybygg. Dette gir muligheter for å etablere samlokaliserte løsninger med kommuner, universitet og spesialisthelsetjenesten. Nye Hammerfest sykehus er planlagt som samhandlingsarena mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester samt utdannings- og forskningsinstitusjoner¹⁰ (samhandlende kommuner).

Nye Hammerfest sykehus er i ferd med å konkretisere sentrale mål i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 og skape pasientens helsetjeneste. Sykehuset samlokaliserer derfor areal for Hammerfest kommune, Det arktiske universitetet i Tromsø (UiT) og Sykehusapotekene Nord (SANO). Nye Hammerfest sykehus skal være akutt/lokalsykehus for Finnmarkssykehuset HF med korttidssenger, legevakt og legesenter for Hammerfest kommune samt areal til UiT og SANO.

Helseforetaket og kommunen eier areal, mens UiT og SANO skal leie areal i det nye sykehuset. I tillegg til nærhet og tilrettelegging for samhandling, vil samlokaliseringen redusere behov for areal. Dette oppnås gjennom sambruk av areal som møterom, kantine, foaje, garderober, tekniske arealer, IKT og renholdsentral.

Korte avstander mellom spesialist- og primærhelsetjenesten legger til rette for samarbeid og sammenhengende tjenester på tvers av nivå. Dette gir muligheter for helsepersonell til å spille hverandre gode og vite hva neste ledd i pasientforløpet trenger og kan bidra med. Videre kan sykehus og kommuner planlegge og utvikle tjenestene sammen med brukere og fastleger. I tillegg vil teknologi gi rom for å understøtte samhandling og å løse oppgavene på enklere måter.

I den videre prosess med bygg i Nye HSYK er det mulig å underbygge samhandlingsløsninger i tråd med prinsippene i Hammerfest.

Senger i tilknytning til Helgelandssykehuset

- **Observasjonssenger** er et tiltak som legger til rette for at pasienter får behandling på rett nivå. Hensikten med observasjonssenger er å bidra til avklaring i løpet av ett døgn, gi en effektiv pasientbehandling samt å unngå unødige innleggelser i sykehus. Dette kan redusere liggetid for utvalgte pasientgrupper og dermed redusert sykehusforbruk, bedre flyt og logistikk i akuttinntak, samt redusere ventetid. Observasjonssenger er vanligvis senger i

¹⁰ Forprosjektrapport v. 1.5 (03.09.2019)

spesialisthelsetjenesten, men kommunen kan også ha korttidssenger i et sykehus eller i tilknytning til sykehus.

- **Intermediærsenger** i sykehus eller tilknytning til sykehus (vurderes i neste fase)

Rom i tilknytning til HSYK

- Helserom
- Møterom
- Grupperom for LMS kurs (digitale og fysiske kurs)
- Rom til Tverrfaglig oppfølgingsteam/ Pasientsentrert helsetjenestetteam

9.2 Psykisk helsevern, TSB og habilitering

Kapittelet omfatter spesialitetene psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge, TSB, og habilitering for barn og voksne. Tjenestene på disse områdene er organisert i en klinikk, med gjennomgående ledelse.

9.2.1 Spesifikke vedtak i Foretaksprotokollen

I *Foretaksprotokollen* er det gitt særlige oppdrag for fagområdene psykisk helsevern og TSB. Vedtakene tolkes også til å omfatte for pasientgruppene i habiliteringstjenesten, selv om habilitering ikke er nevnt.

....Pasienter med vanlige sykdommer, kroniske tilstander, psykiske helseutfordringer og rusavhengighet skal få flest mulig tjenester lokalt.....

6. Styret ber om at tjenestetilbudet i rus og psykisk helsevern videreutvikles med basis i dagens DPS-struktur med sengekapasitet og poliklinikker. I konseptfasen må det også gjøres en vurdering av hvordan det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og rus skal styrkes innen framtidig struktur, jf. nasjonale målsettinger.

Oppdraget sees i sammenheng med foretaksprotokollens vedtakspunkt nr 1, som omfatter nedleggelse av somatisk døgntilbud i MSJ.

9.2.2 Dagens virksomhet

Psykisk helsevern (PH)

Psykisk helsevern for voksne og TSB i HSYK er organisert som *Distriktpsikiatrisk tjeneste (DPS)*. Tjenesten er spesialisthelsetjeneste som omfatter allmennpsykiatriske problemstillinger, med høy grad av desentralisering av tjenesteressursene. Primæroppgavene er å diagnostisere og behandle pasienter med moderate til alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser.

Kompetansen er på spesialisthelsetjenestenivå. DPS begrepet benyttes ikke i PHBU og Habilitering, men tjenesten er organisert etter de samme desentraliserte prinsipper.

Psykisk helsevern for voksne (PHV)

Tjenestene i PHV er etablert med døgntilbud som er helseforetaksdekkende, og poliklinikk og ambulante tjenester som er områdeinndelt.

Døgntilbudene er lokalisert i Mosjøen og Mo i Rana. Døgnavdeling omfatter 14 foretaksdekkende, elektive døgnplasser i Mosjøen. 1 av plassene er brukerstyrt. Det er 9 foretaksdekkende døgnplasser i MIR, 6 av disse er akutt-/kriseberedskaps plasser, av disse er 1 brukerstyrte senger. I tillegg er det 2 elektive senger. Krisesengene i MIR tar imot pasienter frem til kl 21.00 på hverdager og begrenset åpningstid i helgene. Døgntilbudet omfatter ca. 50 årsverk.

Det er p.t ikke etablert spesialiserte døgntilbud i PHV (spesialisert i terminologi i psykisk helsevern, som innebærer spesialisering ut over allmennpsykiatri, (f.eks. akuttpost) i HSYK. Pasienten som har behov for slike døgnplasser, blir derfor henvist til NLSH og evt. UNN. (se mer under).

Poliklinikkene er organisert i tre områder, henholdsvis i Mo i Rana, Mosjøen og Ytre Helgeland, hvor tilbudet er fordelt til Sandnessjøen og Brønnøysund. Tilbudet i poliklinikkene gis i hovedsak innenfor de mest utbredte lidelsene innenfor psykisk helsevern. Poliklinikkene har til sammen ca. 55 årsverk.

Det er ambulante akutt-team (AAT) i alle fire lokasjoner. AAT er lokalisert med en hovedbase på Mo som er organisert som egen avdeling. På de tre andre lokasjonene er det dedikerte ressurser

organisert som en del av de ordinere poliklinikkene. Til sammen er det ca. 15 årsverk i ambulante team

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)

Poliklinikkene i PHBU er på samme måte som for voksne organisert i tre områder, henholdsvis i Mo i Rana, Mosjøen og Ytre Helgeland hvor tilbudet er fordelt til Sandnessjøen og Brønnøysund. Til sammen har disse ca. 45 årsverk.

Poliklinikkene tilbyr utredning og behandling til barn og unge fra 0-18 år og deres familier, og har egne sped- og småbarnsteam. Det er et nært samarbeid med kommunale tjenester, førstelinje og barnevernsinstitusjoner. Avdelingene tilbyr ambulante tjenester. Døgntilbudet er organisert i en foretaksdekkende døgnpost i Mosjøen med 6 plasser. Døgnposten tar imot pasienter som trenger annet tilbud enn det som kan gis i poliklinikk. I tillegg er det 1 plass for familiebehandling. Avdelingen har ca. 25 årsverk med miljøpersonell og behandlere.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Helgelandssykehuset over tid hatt behandlingstilbud for rus- og avhengighetsproblematikk som en del av tilbudet innen psykisk helsevern. TSB er organisert med foretaksdekkende døgnetenhet i Mo i Rana. Det er TSB poliklinikk og LAR poliklinikk i Mo i Rana, på de andre tre lokasjonene er det etablert rusteam som inngår i de ordinære voksenpsykiatriske poliklinikkene.

Døgntilbudet i HSYK består av 8 sengeplasser der en er definert som brukerstyrt seng.

Døgnavdelingen har ca. 23 årsverk. De polikliniske tilbudet i Mo i Rana utgjør ca. 8 årsverk.

En stor del av døgnoppholdene for pasienter fra Helgeland gjennomføres i andre helseinstitusjoner i Nord-Norge, i hovedsak i private tilbud med avtale med Helse Nord RHF.

Om tvang i psykisk helsevern og TSB

Tjenestene i psykisk helsevern er regulert i Psykisk helsevernloven (PHVL). PHVL setter kriterier for innleggelse, kriterier for gjennomføring av opphold, og utskriving. Døgnavdelingene i HSYK er kun godkjent for å ta imot pasienter som innlegges frivillig. De fleste opphold under tvang er i NLSH, noen få i Trøndelag.

HSYK kan videreføre behandling av pasienter som er utskrevet på tvang uten døgnopphold (TUD jfr. PHVL §3.5). Sentrene for psykisk helse og rus i Mo i Rana, Mosjøen og Ytre Helgeland er godkjent¹¹ til å forvalte tvunget vern uten døgnopphold (Behandling mot pasientens vilje i TSB er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven (HOTL). Tvang etter HOTL er i praksis ikke i bruk i HSYK.

Om bruk av tvang, se under

Nevropsykologisk avdeling

Nevropsykologisk avdeling er foretaksdekkende, og yter polikliniske- og ambulante tjeneste til barn unge og voksne. Nevropsykologisk avdeling er hovedsakelig en utredningsavdeling med strukturert samarbeid med kommuner, somatikk, psykisk helsevern og TSB. Nevropsykologisk avdeling følger også opp pasienter i det videre forløpet. Nevropsykologisk avdeling gir veiledning og undervisning for hele Helgeland, og har i tillegg høy forskningsaktivitet. Nevropsykologisk avdeling samarbeider med en flere somatiske fag, og spesielt nevrologi.

¹¹ [Godkjenning av institusjoner for bruk av tvungent psykisk helsevern - Helsedirektoratet](#)

Habiliteringstjenesten for barn, unge og voksne (HAB)

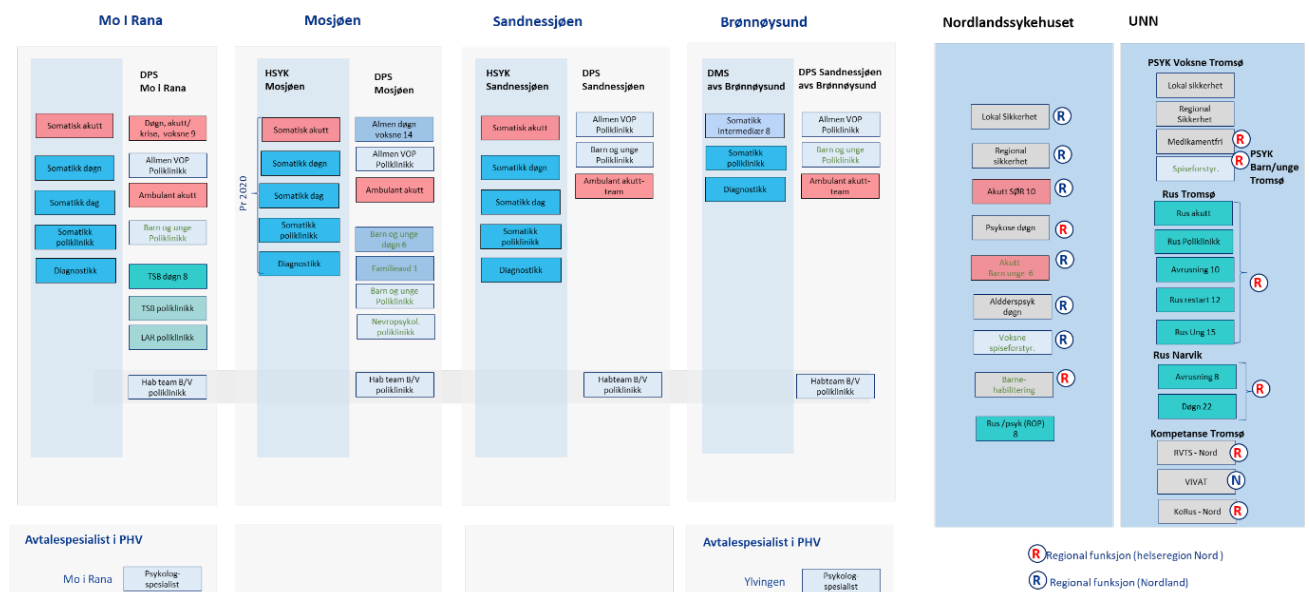
I Helgelandssykehuset er tjenestene innen habiliteringsfeltet organisert sammen med psykisk helsevern og TSB, selv om dette defineres som en somatisk tjeneste. Habiliteringstjenesten organisert på tvers av enhetene med en avdelingsleder og ansatte lokalisert til de tre enhetene. Habiliteringstjenesten har ikke egne døgnplasser. Det polikliniske tilbudet er lokalisert i MIR, MSJ og SSI, med tjenester i BRS. Habiliteringstjenestens arbeidsform er preget av individtilpasset nettverkssamarbeid med svært mange andre spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og sosialtjenester, pedagogiske tjenester mm. En gjennomgang av habiliteringstjenestens arbeidsform viser at habiliteringstjenesten ressursnettverk omfatter mer enn 50 ulike tjenestetyper.

Avtalespesialister

Det er to avtalespesialister i foretaksområdet til HSYK. Det er p.t ikke noe formelt samarbeid mellom avtalespesialistene og HSYK. Helse Nord er i ferd med å etablere et prosjekt på utvidet samarbeid etter at HOD nettopp har besluttet at det skal være felles inntak mellom spes helsetjenesten og avtalespesialistene.

Regionale tjenester

Regionale tjenester er etablert i UNN og NLSH. Disse inngår i nettverket av tjenester for befolkningen på Helgeland. Om forbruk av regionale tjenester, se senere om pasientrømmer



Figur 9.2-1 Ressurkart med spesialisthelsetjenester for pasienter i PHV og TSB. Habiliteringstjenesten

Illustrasjonen viser tjenester som inngår i tjenestetilbudet for befolkningen i Helse Nord. I Helse Nord er noen regionale funksjoner fordelt mellom UNN og NLSH, men noen få er tjenester for hele Helse Nord. Det er i liten grad mulig for pasienten å velge de regionale tjenestene fordi de faller utenfor kriteriene for fritt valg (fordi det er spesialisert nivå, akuttinnleggelse og eller innleggelse under tvang)

Pasientstrømmer:

I all hovedsak er årsaken til at pasienter henvises til behandling utenfor HSYK er at pasient har behov for tjenester som ikke tilbys i HSYK. Det er NLSH og UNN som yter de fleste eksterne tjenester. Noen opphold er registrert i foretak utenfor Helse Nord. Dette er lave tall og er forenelig med personer med bostedsadresse Helgeland, men oppholds adresse annen landsdel, eller pasienter med særlige behov for spesialiserte tilbud.

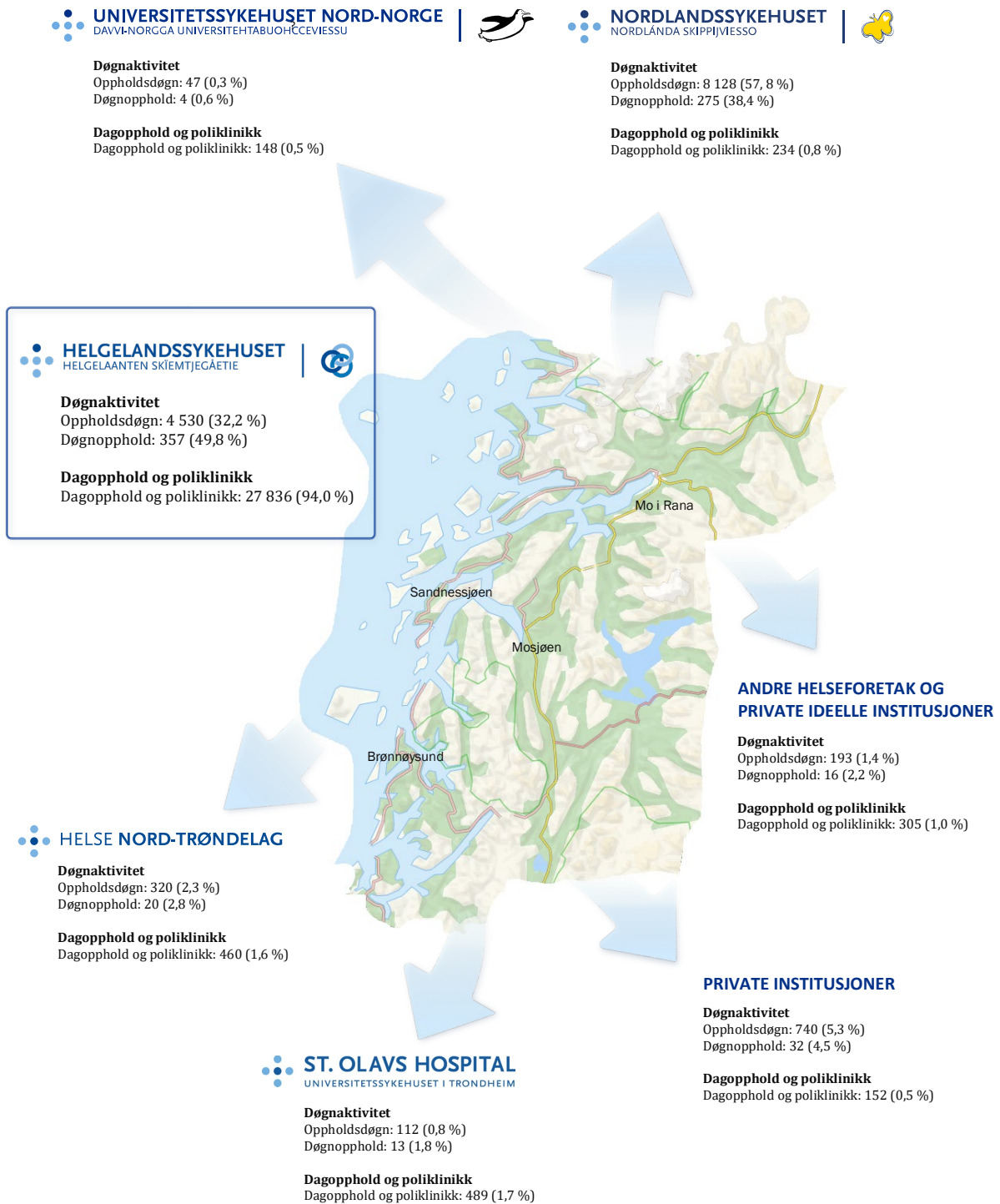
Psykisk helsevern for voksne

HSYK har høy grad av egendekning av DPS-tjenester for voksne som utføres som dag og poliklinikk. Egendekning er 94%). Resterende fordeles på flere andre helseforetak, og antas i hovedsak å være pasienter med oppholdsadresse er utenfor Helgeland.

Fordi HSYK ikke har tjenester som kan ta imot pasienter akutt 24/7, og ikke kan ta imot pasienter underlagt tvang, er egendekningen av disse tjenestene lave. I underkant av 60% av oppholdsdøgn i akuttavdeling og spesialposter ble utført i NLSH. I 2018 var andel døgnopphold innlagt som øhjelp i NLSH nesten 60%, mens andelen øhjelp i HSYK var 35%.

I 2020 var det 173 akuttinnleggelser ved NLSH (55%) og 139 (45%) i HSYK. Det er for tidlig å konkludere effekt av etablering av vaktordning i 2020, men tallene viser en positiv utvikling

PASIENTSTRØMMER HELGELANDSSYKEHUSET HF OPPTAKSOMRÅDE PHV VOKSNE ÅR 2018



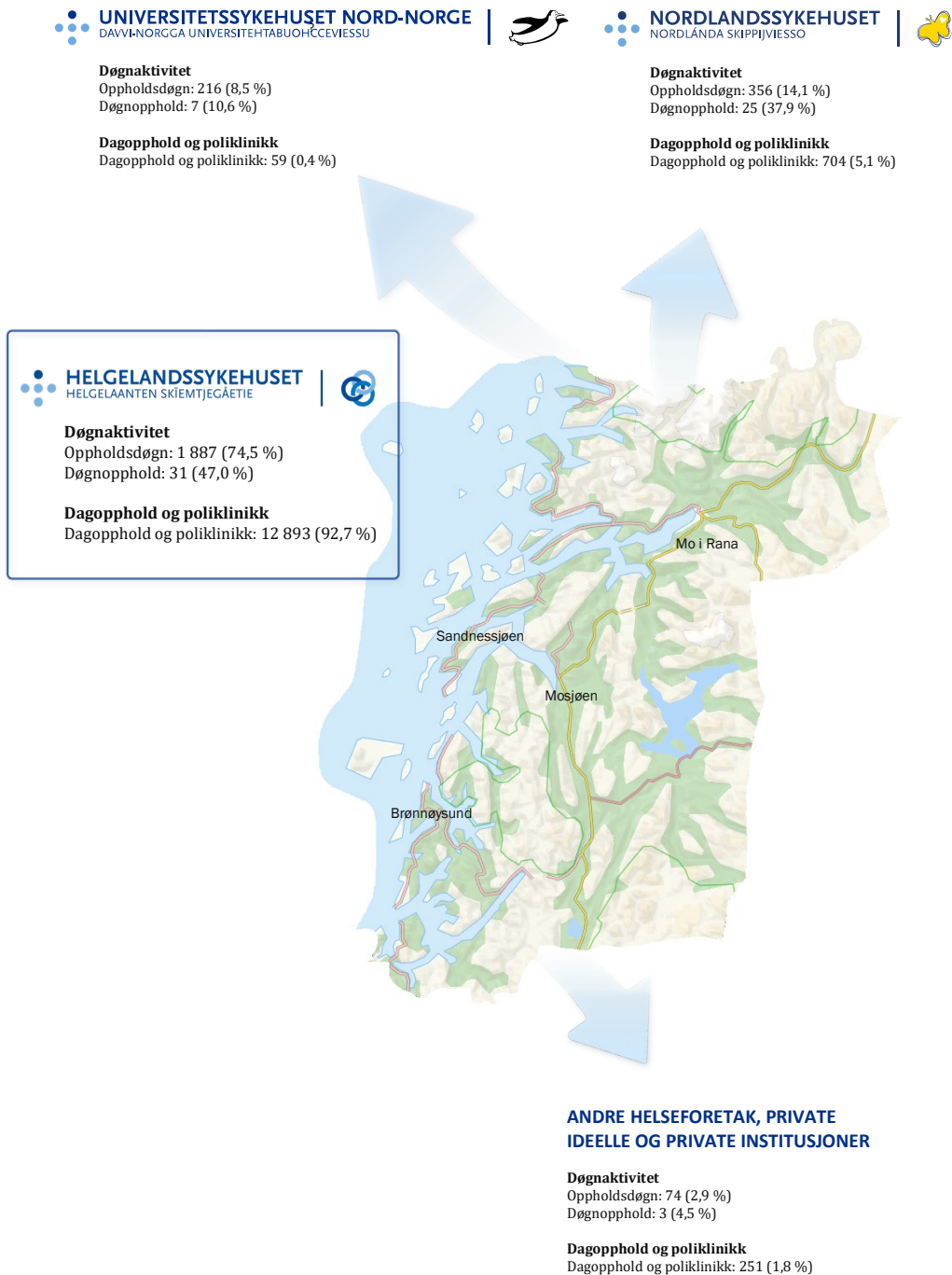
Figur 9.2-2 Pasientstrømmer Helgelandssykehuset HF sitt opptaksområde PHV voksne, PHV - året 2018. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Psykisk helsevern for barn og unge

Egendekningen av dag og poliklinikk i PHBU er 92%. 5% utføres i NLSH. Egendekningen av døgnopphold er 47%, resterende er gjennomført i NLSH og UNN. 100% av øhjelpsinntegninger går til NLSH.

Nevropsykologisk avdeling har i praksis 100% egendekning i HSYK. det er unntaksvis pasienter fra andre helseforetaksområder.

PASIENTSTRØMMER HELGELANDSSYKEHUSET HF OPPTAKSOMRÅDE PHV BARN & UNGE ÅR 2018



Figur 9.2-3 Pasientstrømmer Helgelandssykehuset HF sitt opptaksområde PHV barn året 2018. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Av gjennomførte dag og polikliniske tjenester i TSB er egendekningen 97%. Egendekning på døgnopphold i HSYK er ca 47%. Dette utgjør va 25% av oppholdsdøgnene. Dette innebærer at pasienter har relativt lengre opphold utenfor HSYK. Litt over 40% utføres i private institusjoner.

Sammenlignet med nasjonale dekningstall er nivået på poliklinikktilbudet veldig lavt. Vurderingen av at det er urimelig lavt stemmer overens med praksisbasert kunnskap om behov for rusbehandling i foretaksområdet i (se senere)

PASIENTSTRØMMER HELGELANDSSYKEHUSET HF OPPTAKSOMRÅDE TSB ÅR 2018



Figur 9.2-4 Pasientstrømmer Helgelandssykehuset HF sitt opptaksområde TSB - året 2018. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Habiliteringstjenesten for barn, unge og voksne (HAB)

Det er ikke praktisk mulig å framstille datasett som viser samleinsats, og heller ikke pasientstrømmer.

2019 utførte habiliteringstjenesten 2200 konsultasjoner (2019) til 283 pasienter. 670 av konsultasjonene var ambulant. 50% av pasientene er fra 2-18 år.

NLSH har signalisert at det er noen pasienter fra Helgeland som burde fått tjenestene i HSYK. Dette vil kreve oppgradering av kompetanse på noen områder.

Pasientstrømmer innad i HSYK

Døgntilbudene i PHV, PHBU og TSB er foretaksdekkende. De foretaksdekkende akutt-kriseplassene i Mo i Rana ble etablert i 2020 (akutt-/kriseplasser var før ikke foretaksdekkende). I perioden fra mars 2020 er pasienter fra «vertskommunen» Rana overrepresentert. Trenden fortsetter inn i 2021. Samtidig er ikke kapasiteten fullt utnyttet. Det litt ujevnt fordelte forbruket har ikke fortrenget andre pasienter. Om dette henger sammen med avstander, eller treghet i endring av henvisningsrutinene, er det for tidlig å evaluere.

Det er relativt få pasienter som henvises til akutt-/kriseseng. Det er mange kommuner, og noen av disse kommunene har lavt innbyggertall. Det er for tidlig å trekke slutninger om bruken av disse plassene er skjevfordelt i helgelandsbefolkningen.

9.2.3 Dagens forbruk og beregnede behov i 2035

Det er benyttet nasjonal modell for framskriving og beregning av kapasitet:

https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Beskrivelse_av_Framskrivingsmodellen_2020.pdf)

Psykisk helsevern voksne

Behovet for døgnopphold er beregnet stigende, men framskrivingsmodell forutsetter kortere liggetid og oppholdsøgn er derfor synkende. Poliklinikk-konsultasjoner ligger i utgangspunktet høyt, sammenlignet med lands-gjennomsnittet. Det er beregnet fortsatt noe vekst i hht nasjonal framskrivingsmodell. Videre viser framskriving av ambulante konsultasjoner behov for noe vekst.

Tabell 9.2-1 Voksenpsykiatri, HSYK og framskriving av aktivitet år 2018 til 2035. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Helgelandspsykehuset HF – Voksenpsykiatri - Framskriving av aktivitet år 2018 til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Oppholdsdøgn	4 535	3 714	-18,1 %
Døgnopphold	359	393	9,5 %
Poliklinikk og dagopphold	26 810	33 219	23,9 %
Ambulante konsultasjoner	805	1 001	24,3 %

Tjenestene i NLSH er ikke medregnet i denne oversikten, men omtales i senere kapittel om akuttpsykiatri.

Dagens døgnplasstall er 23 døgnseger. Basert på beleggsprosent på 85% er sengeplassbehovet beregnet til 18 senger. HSYK har flere perioder stengt i løpet av året. I beregningen legges til grunn standard 330 dager åpningstid, selv om det kan variere noe mellom enheter. Basert på disse

forutsetningene er det beregnet sengetall det samme for 2018 og 2035. Omstillingspotensialet er 5 senger lavere enn dagens tall.

Tabell 9.2-2 Voksenpsykiatri, HSYK og framskriving av beregnet kapasitetsbehov år 2018 til 2035.

Helgelandssykehuset HF – Voksenpsykiatri Framskriving av beregnet kapasitetsbehov år 2018 til 2035			
Kapasitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Senger	18	18	0 %

Gruppen har vurdert om «0-punktet» for framskriving, spesielt av døgnplasser, kan være noe lavt i forhold til reelt behov. HSYK har faglig og ressursmessig potensial for å overta pasienter fra psyko-seposten i NLSH tidligere i pasientforløpet. Den relative overkapasiteten som tallene viser, kunne vært benyttet for lettere å gjennomføre tilbakeføring til bostedsnære tjenestetilbud.

Erfaring viser at det er relativt få innlagte eldre. Dette kan uttrykke et underforbruk. Med stigende antall eldre er det antatt behov for mer kapasitet til denne pasientgruppen.

Tjenestetilbudet i psykisk helsevern barn og unge

Polikliniske konsultasjoner i PHBU er beregnet økende i perioden fram til 2035, som vist i tabell 9.2-3. Tilsvarende er forventet noe økning i ambulante virksomhet.

Tabell 9.2-3 PHBU, HSYK og framskriving av aktivitet år 2018 til 2035. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Helgelandssykehuset HF – PHBU - Framskrivning av aktivitet år 2018 til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Oppholdsdøgn	1 969	1 348	-31,5 %
Døgnopphold	35	33	-5,7 %
Poliklinikk og dagopphold	13 109	15 247	16,3 %
Ambulante konsultasjoner	678	788	16,2 %

For oppholdsdøgn er det beregnet jevn reduksjon av døgnkapasitet. Dette henger nært sammen med demografisk utvikling. Den faktiske beleggprosenten i perioder uten stenging er ca. 80%.

Framskrivningsmodellen legger til grunn 75% belegg. Dette gir et beregnet plasstall på 8 i 2018 og 5 i 2035. Det faktiske plasstallet i dag er 6 + 1 familieplass. Det vurderes at det ikke er grunnlag for å redusere sengetallet, særlig fordi reduksjon av det beregnede plassbehovet er beregnet mot slutten av perioden og det er nødvendig å ha dekning for behovet fram til 2035.

Tabell 9.2-4 PHBU, HSYK og framskriving av beregnet kapasitetsbehov senger år 2018 til 2035.

Helgelandssykehuset HF – PHBU - Framskrivning av beregnet kapasitetsbehov år 2018 til 2035			
Kapasitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Senger	8	8	0 %

Tjenestetilbudet i TSB

Poliklinikkene i TSB har svært mye lavere kapasitet enn det som er det opplevde behovet hos TSB og samarbeidsparter. HSYK har det laveste forbruket i Helse Nord og landet, og ligger på 34% av landsgjennomsnittet i 2018. Dette tilsier at TSB-tilbudet er svært underdimensjonert, og arbeidsgruppen mener derfor at det er behov for en styrkning av rustilbudet, først og fremst det

polikliniske tilbudet. Det bør være en ambisjon for HSYK å ligge på landsgjennomsnittet i tilbudet av poliklinisk TSB. I tabell 9.2-5 framskrivning av dagens aktivitet fra 2018 til 2035.

Tabell 9.2-5 TSB, HSYK og framskrivning av aktivitet år 2018 til 2035. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Helgelandssykehuset HF – TSB - Framskrivning av aktivitet år 2018 til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Oppholdsdøgn	2 226	1 916	-13,9 %
Døgnopphold	109	110	-0,9 %
Poliklinikk og dagopphold	2 863	3 193	11,5 %
Ambulante konsultasjoner	364	401	10,2 %

Tabell 9.2-6 TSB, HSYK og framskrivning av beregnet kapasitetsbehov senger år 2018 til 2035.

Helgelandssykehuset HF – TSB - Framskrivning av beregnet kapasitetsbehov år 2018 til 2035			
Kapasitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Senger	8	7	-12,5 %

Tabell 9.2-7 viser kapasitetsbehov for poliklinikk ved dagens aktivitet framskrevet til 2035, samt poliklinisk kapasitetsbehov dersom forbruket av poliklinikk er som landsgjennomsnittet i 2018 og 2035, med utgangspunkt i Helgeland sin befolkning. Forbruket er ikke langt fra landsgjennomsnittet i bykommunene Brønnøy, Vefsn og Rana, mens resterende av kommunene på Helgeland har et lavt forbruk av poliklinisk TSB. Om dette skyldes faktiske forskjeller i behov eller reiseavstander og manglende kapasitet for ambulerende vites ikke. I beregningene i tabell 9.2-7 er det forutsatt poliklinisk oppmøte, mens det kan hende at det er ambulerende kapasiteter som behøves.

Tabell 9.2-7 TSB, HSYK og framskrivning av beregnet kapasitetsbehov poliklinikkrom år 2018 til 2035

Helgelandssykehuset HF – TSB - Framskrivning av beregnet kapasitetsbehov år 2018 til 2035			
Kapasitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Poliklinikkrom m/dagens aktivitet	3,6	4,4	22,2 %
Poliklinikkrom som landsgjennomsnitt	10,4	12,7	22,1 %

Tvangsbruk

I Helsedirektoratets oversikt over tvang for pasienter fra geografiske befolkningsområder, presentert som tvang pr 100.000 innbygger ligger tvang overfor befolkning på Helgeland lavt pr 2018¹². Det er ikke holdepunkter for at pasienter som burde vært underlagt tvang er avvist pga. kapasitet. Den registrerte tvang i befolkningsgruppe (rater) sier ikke hvilke enkelttiltak som reduserer tvang, men gir et bilde av summen av innsats i skole, sosiale strukturer og ikke minst primær og spesialisthelsetjenesten. Lavt nivå på tvang er et prioritert, nasjonalt helsepolitisk mål. Helgelandssykehuset bidrar gjennom sine tjenester til at pasientene underlegges lite tvang, i tråd med prioritert nasjonal helsepolitiske føringer (Nasjonalt helse og sykehusplan (2016-2019)

¹² <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/028e6f20-6846-46df-9f3b-7cflc2c011d8?e=false&vo=viewonly>

9.2.4 Trender, utviklingstrekk, nye forutsetninger

Nasjonale føringer

«Den gylne regel» er førende for helseforetakene. Den skal gi psykisk helsevern og TSB relativ større årlig vekst enn somatikk. Den gylne regel måles på RHF-nivå.

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er tiltak for å bedre pasientforløpene sentrale. Følgende pasientgrupper er prioriterte:

Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, barn og unge, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

Helsefelleskapene som er under etablering, skal ha spesielt fokus på at tjenestene for disse gruppene blir helhetlige og sammenhengende i hele helse- og omsorgstjenesten. Viktigheten av at pasienten kan være en aktiv deltaker i egen helse og behandling, understrekes.

Nasjonal helse og sykehusplan understreker videre

Utvikle bedre psykiske helsetjenester. Tjenesten skal møte befolkningens samlede behov for psykiske helsetjenester, og pasientene skal motta et bærekraftig tilbud på rett nivå. Kvalitet og fagutvikling skal prioriteres. Tjenestene skal videreutvikles basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi. Barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov skal vies særlig oppmerksomhet.

Det skal være lavt nivå på tvang

Særlige føringer fra Helse Nord

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å skape kvalitetsmessig bedre og mer tilgjengelige tjenester. Barne- og ungdomspsykiatri skal ha særlig oppmerksomhet.

Distriktpspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.

I Helse Nord's fagplan innen TSB 2019-2030 poengteres det under kapittel 1.2 følgende:

1.2 Prioriterte områder

Alle punkter i mandatet peker på sentrale utviklingsområder, men planen foreslår innbyrdes prioritering mellom tiltak i perioden. Bakgrunnen for disse prioriteringene presenteres senere i kapitler. De høyest prioriterte områder er:

- *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 ø-hjelpsplikt innen fagområdet*
- *Helse Nord må bli selvforsynt med spesialister innen rus- og avhengighetsmedisin*

Sikre et godt faglig tilbud i psykisk helsevern gjennom implementering av pakkeforløp, system for pasientopplevd nytte og effekt av behandling. Satse på forskning og felles faglige standarder og sikre at psykisk helsevern gir et riktig tilbud til personer med flere samtidige alvorlige og langvarige lidelser (5–10 % gruppen) og videreutvikle modeller for tidlig hjelp gjennom samarbeid og veiledning.

Helse Nord skal etablere kvalitetsregister, kvalitetsindikatorer og pasientskaderegister i psykisk helsevern og TSB og anvende resultatene til utvikling av tjenestene lokalt og regionalt.

Faglig utviklingstrekk

Et overordnet utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten gjennom mange 10-år er at døgnbehandling reduseres til fordel for poliklinikk. Dette er gjennomgående også i Psykisk helsevern, TSB og habilitering.

Videre er det en klar trend om desentralisering av tjenester. Ansvar for tjenestetilbudet flyttes til de desentrale tjenester. Arbeidsoppgaver flyttes ut til de desentrale leddene, og også til kommunale tjenester. Samtidig stilles det sterkere krav til spesialisttilbudets kompetanse og bidrag i samarbeidet med pasient, kommuner og andre.

Det er under utvikling tverrgående kompetanseprogrammer mot 1.linje/ lokal 2.linje for å sikre samlet kompetanseutvikling i behandlingsnettverkene ([en lenke til nettside](#))

I fagfeltene er det utviklet flere strukturerte, og også kompakte behandlingsprogrammer. Helsemyndigheten har under utvikling pakkeforløp som bygger opp under struktur. Utviklingen forventes å fortsette.

Digitale behandlingsprogrammer, selvhjelpsprogrammer, digitale kommunikasjonsverktøy (smalbånd/bredbånd) og digitale verktøy (VR-briller ol) er under utvikling. Psykisk helsevern/TSB er helt i starten av utviklingen

Andel av digitale konsultasjoner forventes å øke. Under Covid 19-pandemien akselererte bruken av digitale konsultasjoner. Det forventes økt kunnskap etter pandemien om fordeler og ulemper med digitale konsultasjoner, og balansen mellom digitale løsninger og de tradisjonelle konsultasjonene.

9.2.5 Utvalgte pasientforløp

Arbeidsgruppen pekte på betydningen av god organisering av forløp for pasienter med samtidig rus og psykiske lidelser (ROP). Modellen er beskrevet i kapittel 8.2, modell F. Hver enkelt pasient er forskjellig, men det typiske som modell er at ROP-pasienten har sammensatte behov, hovedsakelig innenfor psykisk helsevern og TSB, ulike innsatsyttere, både, helsetjenester på både 1.linje og spesialisthelsetjenestenivå, og også andre (arbeid, utdanning, sosialtjenester mfl). En vesentlig suksessfaktor er at behov for hjelp er koordinert mellom pasienten selv og tjenesteytere. Behovet er ofte langvarige, men tilstanden for pasienten vil kunne variere over tid. Hvis ikke riktig hjelp og støtte settes inn til riktig tid vil pasienten kunne oppleve tilbakefall og påfølgende økt hjelpebehov. Tilbudet til ROP-pasienten må tilpasses hver enkelt pasient, og utformes innenfor kravene til individuell plan.

For å sikre god og enhetlig behandling av ROP-lidelser har Helsedirektoratet utgitt en for behandlingen av ROP-lidelser (<https://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/ROP/Forside>) .

Utfordringene for tjenesteapparat er bla ulik organiseringen av tjenestene. Det kan være en utfordring å definere hvem som har ansvar til enhver tid. Det ulike kommunikasjonssystemer som vanskeliggjør gjennomgående kommunikasjon. Det er forsøkt samhandlingsverktøy på tvers av organisasjoner, men det er ikke tilgjengelige fullgode løsninger. Kapittel 9.1 om samhandling beskriver løsninger for samhandling.

9.2.6 Oppgavefordeling og endringer i pasientstrømmer

Foretaksprotokollens fra 27.01.20 pkt. 4 og 6 legger vekt på at psykisk helsevern og TSB skal bygge utvikling på dagens struktur og kapasitet. Dagens struktur understøtter nasjonal helsepolitikk. Det er ikke identifisert grunner for å foreslå endring av strukturen innad i klinikk for psykisk helsevern, TSB og habilitering. Dette innebærer at det bygges videre på eksisterende foretaksdekkende døgntilbud i Mo i Rana og Mosjøen, og desentrale poliklinikker i Sandnessjøen, Mosjøen, Mo i Rana, og Brønnøysund. Ambulante team skal fortsatt ha base i poliklinikkene. Det er foreslått å utrede et nytt akutt-tilbud i HSYK. Dette omtales særskilt i kap. 9.2.6.

Psykisk helsevern, TSB og HAB er pr 2021 nært lokalisert til somatiske tjenester. Det somatiske døgntilbudet i Mosjøen er besluttet overført til *Sandnessjøen og omegn*. Det skal erstattes av noe somatisk poliklinikk-tilbud i Mosjøen.

Psykisk helsevern og TSB har vurdert behovet for somatiske tjenester i tjenestetilbudene som i dag ligger i MSJ. Pasienter som under behandlingsforløp i psykisk helsevern eller TSB med akutte tilstander blir overført til somatikk, som befolkningen ellers. For de elektive pasientene kan det i de psykiatriske forløpene avdekkes symptomer på somatiske lidelser, som både kan henge sammen med psykiske lidelser, men også være relativt uavhengig av den psykiatriske problemstillingen. Pasienter med kroniske lidelser i psykisk helsevern og TSB har generelt dårligere somatisk helse enn befolkningen ellers. Samtidig har neon pasienter høy terskel for å søke legehjelp for somatiske lidelser. Behovene for somatisk helsehjelp blir henvist videre til relevante somatiske spesialiteter, primært via fastlegen eller direkte.

Pasienter i de polikliniske tjenestene har i liten grad behov for felles konsultasjoner med spesialister i somatikk. Det kan være noe behov for prøvetaking for klinisk /kjemiske analyser. Døgnjenestene har noe mer behov for samhandling med somatiske fag i utredning og oppfølging av behandling. Det er i hovedsak indremedisinsk kompetanse og kompetanse i nevrologi som prioriteres.

Oppholdene er korte i døgnetene og det vil kreves koordineringsarbeid mot spesifikke somatiske spesialiteter for å få tilgang til spesialisert kompetanse når det somatiske tilbudet reduseres i Mosjøen. Frekvensen av ambulerende poliklinikk vil være relativt lav sammenlignet med dagens 24/7-tilbud. Dette gjelder også DPS-enheten Brønnøysund. For pasienter i MIR og SSJ er det god tilgang til de spesialitetene som er dubleret, mens samhandling med spesialiteter som er plassert i ett av sykehusene vil kreve koordinering. Bruk av digitale fjernkonsultasjonsløsninger mellom helsepersonell, og pasient, vil øke tilgjengelighet. For noen pasienter vil det være nødvendig å reise til sykehusene for å få den nødvendige somatiske tjenester.

For Nevropsykologisk avdeling er det et særlig behov for samhandling med nevrologi i utredningsarbeidet. Siden både denne avdelingen og nevrolog i dag er lokalisert i MSJ vil en flytting av nevrologifagets base medføre ulemper. Nevrolog vil gjøre sin tjeneste tilgjengelig ved ambulering. (se kap 9.3 indremedisin)

9.2.7 Utviklingsområder

Somatiske tjenestetilbud til pasienter i psykisk helsevern og TSB i Mosjøen.

Det foreslåtte tjenestetilbudet i somatisk poliklinikk omtales i kapittel 10.2.2

Rekruttering og stabilisering av personell

HSYK rekrutterer relativt godt til stillinger for bachelorutdannet personell. Utfordringen er rekruttering av spesialister. HSYK har relativt stor andel innleie av personell for å dekke ubesatte

stillinger. Dette varierer noe mellom lokasjoner. Eksisterende og planlagt aktivitet krever økt innsats for rekruttering. Rekruttering og stabilisering er omtalt i kapittel 10.1.2

Vekst i TSB

Det er identifisert behov for betydelig vekst i TSB-tjenestetilbudet. Arbeidsgruppen har foreslått et vekstmål mot landsgjennomsnittet for å dekke noe av de behovene som en kjenner til. Veksten foreslås i hovedsak lagt til poliklinikk. For å nå landsgjennomsnittet tilsvarer det en økning av poliklinikkbehandlere i TSB som er en tredobling. Det er vurdert som effektivt for pasientbehandlingen at økt kapasitet innrettes mot poliklinikktilbud før døgnopphold og i etterkant av døgnoppholdene. Oppbygging vil være avhengig av tilstrekkelig rekruttering av spesialister for å bygge et fagmiljø i takt med opptrappingen. Det er i dag vanskelig å rekruttere spesialister i rus og avhengighetsmedisin over hele landet, og det antas at den sikreste veien til økt antall spesialister vil være rekruttering lokalt til LIS-løp/psykologspesialistutdanning i fagområdet. Dette vil ta tid. For andre profesjonsgrupper er det lettere å sikre økt kapasitet. Det anbefales å utrede opptrappingen videre.

TSB har behov for å forsterke tjenestetilbudet i foretaket med akuttfunksjon eller delvis akuttfunksjon. Dette foreslås i første omgang løst med kriseseng i eksisterende døgnpost. Dette vil kreve at vakttjenester omfatter et slikt tilbud.

Utrede akuttavdeling

Behovet for akuttpost henger sammen med den lange avstand mellom dagens akutttilbud i Bodø og hjemmesituasjonene på Helgeland. Reisen ved innleggelse er belastende for pasienten, ressurskrevende for ambulansetjenesten, og avstanden mellom Bodø og pasientens bosted kan gjøre det vanskelig å etablere en god rehabiliteringsprosess. En akuttavdeling i HSYK vurderes å være en styrke for pasienten, men også for nettet av tjenester i HSYK. Klinikkleder i klinikk for psykisk helsevern og TSB har fått klarsignal til å utrede mulighetene får etablering av akuttavdeling i HSYK. Arbeidsgruppen peker på at utredningsarbeidet bør vurdere mulighet for å utrede en til to senger til pasienter mellom 16 og 18. Dette arbeidet vil organiseres i eget prosjekt og ferdigstilles senhøsten 2021.

Vurdering av hvor en evt. akuttpost skal lokaliseres er en del av utredningen. Arbeidsgruppen anbefaler at HSYK i konseptfasen tar høyde for en evt. utvidelse i alle lokasjonene i Mo i Rana, Mosjøen og SSJ med omegn

Utvikling av behandlingstilbud

Klinikken vil legge vekt på videreutvikling av pasientforløpene. HSYK skal utvikle forløpene i foretaket i tråd med nasjonale pasientforløpsstandarder og evidensbasert program, behandlingstilbud og metoder. Pasientforløpene skal, innenfor faglige krav i standardene, være individtilpasset (Kvalitet skal være harmonisert mellom enhetene i foretaket, og med harmonisert grensesnitt mot andre foretak. «Pasientens stemme» og medvirkning er en sentral del av arbeidet med pasientforløp.

Pasientforløpene skal også legges til grunn i systematisk forbedringsarbeid. Analyser av forløpene (ventetid, behandlingstid, innhold osv.) vil kunne avdekke flaskehals, forbedringsområder internt og i samhandling med nærpersoner og 1.linje. HSYK vil prioritere kartlegging og vurdering og tiltak for storforbrukere av tjenester.

HSYK skal videreutvikle tilbud til de minste barna. Det er økt fokus på betydningen av god diagnostikk og behandling i de tidligste leveår. Dette må utvikles gjennom økt kompetanse på spe- og småbarn. Tilbudet til barn og unge under barnevernets omsorg må styrkes i samarbeid mellom psykisk helsevern og barnevernet.

Utvikle fagkompetanse

Det er et løpende behov for å heve kompetanse i moderne psykisk helsevern, TSB og Habilitering. Det er et mål å utvikle fagkompetanse slik at en kan følge nasjonale retningslinjer i fagfeltet

Dette omfatter DPS-tilbud til «de fleste pasienter» og med de vanligste tilstandene. Samtidig er det behov for kompetanseheving i diagnostikk og behandling av særlige diagnosegrupper. Vedlikehold av breddekompetanse og spisset kompetanse gir et bedre tilbud til pasienten, og løpende kompetanseutvikling er en viktig faktor for rekruttering/stabilisering. Kompetanseheving omfatter også pasient- og pårørendeopplæring.

HSYK vil utvikle kompetanse på flere behandlingsmetoder. Klinikken skal kunne ta i bruk mer bruk av gruppebehandling for særlige diagnosegrupper. I gruppebehandling oppnår en tilleggseffekter ved læring mellom pasienter i samme situasjon. Utviklingsarbeidet omfatter også digital gruppebehandling. For utvikling av bygninger i Nye Helgelandssykehuset er det viktig å sikre at det er tilgjengelig lokaler som er egnet for grupper.

HSYK skal videreutvikle digitale konsultasjoner og behandlingsmetoder. Foretaket har høstet erfaring med digitale konsultasjoner under pandemien. Dette har vært en tvunget situasjon, og ikke alle konsultasjoner er like egnet. I fortsettelsen skal arbeidsformen utvikles slik pasienter med god gevinst av digitale konsultasjoner får dette. Ulike former for digitale selvhjelps løsninger forventes også å kunne kombineres med konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten.

Klinikken skal videreutvikle tverrfaglige arbeidsmetoder for pasienter med sammensatte behov. Mange pasienter i TSB og psykisk helsevern har samtidige behov for somatisk kompetanse i utredning og behandling. Økende andel eldre blir en økende utfordring i perioden fram mot 2035. Etablering av tverrfaglige team med geriater, psykolog/psykiater og for eksempel farmasøyt vil gjøre utredningsarbeidet effektivt og innstilling av behandling mer målrettet. Tverrgående arbeidsformer skal også videreutvikles mellom ulike spesialisthelsetjenester, kommunale tjenester og andre i helse og sosialtjenester. Pasienter med alvorlig psykiatrisk lidelse og rusproblemer vil ha behov for koordinerte tjenester over lengere tid (ROP-modellen). Modellen er ressurskrevende, men helt avgjørende for å pasienten ikke skal oppleve stadige alvorlige tilbakefall. HSYK har god erfaring tverrfaglig samarbeid i FACT-team mellom TSB og Psykisk helsevern.

Lav og riktig bruk av tvang

Helgelandsykehuset skal fortsatt arbeide for lav, men riktig bruk av tvang. For Helgelandsykehuset som kun er godkjent for tvang uten døgnopphold vil en del av tvangsbruk gjennomføres i NLSH eller andre foretak godkjent for etablering og gjennomføring på tvang. HSYK kan bidra til lavt bruk av tvang gjennom tidlig intervensjon ved sykdomsutvikling. God tilgjengelighet er et virkemiddel for tidlige tiltak.

Habilitering

Habilitering favner et stort spekter av mennesker med svært ulikt funksjonsnivå, alder, sammensatte utfordringer og komorbide tilstander – både somatiske og psykiatriske/utviklingsforstyrrelser. Habiliteringsavdelingen har i løpet av de siste årene hatt en stor endring i personalgruppen og fokuset må være mer spesialisert kompetanse innen spesialisthelsetjenesten. Økt kompetanse og styrket fagmiljø sikrer ivaretagelse av oppdragene.

9.2.8 Dimensjonering

Nedenfor vises tabell som gir grunnlag for dimensjonering av PHV og TSB. Tallene er basert på faktisk aktivitet i 2018, og framskrevet til 2035 per lokasjon. For antall senger er det forutsatt en reduksjon på 5 senger totalt, ut fra dagens kapasiteter.

Beregningen av antall poliklinikkrom indikerer behovet for behandlingsrom, dersom behandlerne ikke har konsultasjoner på eget kontor. Beregningene er gjort basert på framskriving av poliklinisk aktivitet, og at rommene er i bruk på 4 pasienter per dag, 230 dager i året. Dette betyr at det forutsettes en fleksibilitet mellom ulike behandlere i bruken av rommene. Når man er organisert med behandlingskontor, vil det være behov for færre poliklinikkrom, og større kontorer. Detaljer for HSYK vil utarbeides i løpet av konseptfasen, og organisasjonens valg av løsning mellom behandlingskontor og behandlingsrom vil være førende for det endelige resultatet. I tillegg til konsultasjonsrom/behandlingskontor, vil det også planlegges med et antall grupperom/møterom, som kommer i tillegg.

Det vil også i løpet av året innføres en ny framskrivingsmodell for PHV og TSB. I konseptfasen vil denne danne grunnlaget for beregning av fremtidig aktivitet og kapasitet. Tallene i tabellen under må derfor kun betraktes som et grunnlag for dimensjonering av kliniske kapasiteter i en svært tidlig fase, og ikke et endelig resultat.

Tabell 9.2-8 PHV, TSB og habilitering, framskrevet kapasitetsberegning år 2035

Helgelandspsykehuset HF – PHV Voksne – Framskrevet kapasitetsberegning - år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Senger	-	9	9	-	18
Poliklinikkrom	9	15	6	8	38
Helgelandspsykehuset HF – PHV Barn og unge - Framskrevet kapasitetsberegning – år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Senger	-	-	8	-	8
Poliklinikkrom	4	6	4	4	18
Helgelandspsykehuset HF – TSB - Framskrevet kapasitetsberegning – år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Senger	-	7	-	-	7
Poliklinikkrom					
Poliklinikkrom med dagens aktivitet	0,4	2,4	1,4	0,2	4,4
Poliklinikkrom som landsgjennomsnittet					12,7*
Helgelandspsykehuset HF – Habilitering - Framskrevet kapasitetsberegning – år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Poliklinikkrom	-	0,9	0,8	1,1	2,8

Merknad. Beregnet med standard forutsetninger og utnyttelsesgrader i Framskrivingsmodellen.

*Dette er beregnet behov for poliklinikkrom for TSB i HSYK dersom forbruket per 1 000 innbyggere er det samme i HSYK, som landsgjennomsnittet i 2018. Fordeling av denne kapasiteten er usikker og fordeles derfor ikke mellom lokasjonene.

Se utdypende tekst over tabellen

9.3 INDREMEDISIN

Arbeidsgruppe Indremedisin omfatter følgende fagområder

- Generell indremedisin, geriatri, kardiologi, nefrologi, lunge, infeksjon, fordøyelsessykdommer, endokrinologi, hematologi og onkologi

I tillegg er følgende fagområder lagt til Indremedisinsk arbeidsgruppe:

- Nevrologi
- Revmatologi
- Hud
- Fysikalsk medisin og rehabilitering
- Pediatri

Tjenestene innenfor Indremedisin tilbys i dag på fire lokasjoner: Brønnøysund (BRS), Mo i Rana (MIR), Mosjøen (MSJ) og Sandnessjøen (SSJ)

Tabell 9.3-1 Spesialisthelsetjenestetilbud innenfor Indremedisin

Helgelandssykehuset HF – Tjenester innenfor fagområdet Indremedisin - per 2021				
Tjenestetype	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen
Indremedisin	x	x	x	x
Nevrologi	-	-	x	-
Revmatologi	-	x	-	-
Hud	-	x (avtalespes)	x	x
Fysikalsk medisin og rehabilitering	-	-	-	x
Pediatri	ambulering	-	ambulering	x

Indremedisin utgjør stor del av aktiviteten i HSYK og innbefatter døgnplasser, dag og poliklinisk aktivitet på de tre sykehuslokasjonene. I tillegg er det dialyse og poliklinisk aktivitet i Brønnøysund.

- Nevrologi: Poliklinikk, dag og døgnaktivitet i MSJ. Ingen ambulering
- Revmatologi: Poliklinisk aktivitet i MIR. Ingen ambulering
- Hud: Poliklinikk og dagopphold i MSJ og poliklinikk i SSJ. Ingen ambulering. Avtalespesialist for hudsykdommer i Mo i Rana.
- Fysikalsk medisin og rehabilitering: Døgn, dag og poliklinisk aktivitet i SSJ. Ingen ambulering
- Pediatri: Døgn, dag og poliklinisk aktivitet i SSJ. Ambulering til MSJ og BRS. Akutte pediatriske problemstillinger tas imot ved alle tre lokasjonene.

9.3.1 Dagens virksomhet

Arbeidsgruppe 1 Indremedisin beskriver her dagens virksomhet for Medisinsk avdeling, inkl. revmatologi, nevrologi/KNF og barnemedisin, Hudavdelingen og Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering i HSYK. Aktivitetstall for 2018 er vist i tabell 9.6-2, fordelt på lokasjon og samlet for HSYK.

Under Medisinsk avdeling er det definert flere fagenheter (f.eks geriatri, nefrologi) som inngår i aktivitetstallene. Aktivitetstall for barnemedisin er for Medisinsk avdeling. Øvrige aktivitetsdata for barn er vist i eget avsnitt om barn i HSYK.

Tabell 9.3-2 Aktivitet 2018 for Medisinsk avdeling (inkl. revmatologi, nevrologi/nevrofysiologi og barnemedisin), Hudavdeling og Avdeling Fysikalsk Medisin og Rehabilitering, HSYK, fordelt på lokasjon. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Helgelandssykehuset HF – Medisinsk avdeling inklusiv revmatologi, nevrologi/nevrofysiologi og barnemedisin- år 2018					
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Liggedøgn	-	9 268	5 202	7 115	21 585
Døgnopphold	-	1 982	1 322	1 819	5 123
Dialyse	635	2 126	761	928	4 450*
Poliklinikk og dagbehandling (ekskl. dialyse)	854	10 677	13 071	8 627	33 230**
Helgelandssykehuset HF – Hudavdelingen – år 2018					
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Poliklinikk og dagbehandling	-	1	5 758	1 516	7 275
Helgelandssykehuset HF – Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering – år 2018					
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Liggedøgn	-	-	-	1 231	1 231
Døgnopphold	-	-	-	55	55
Poliklinikk og dagbehandling	-	-	-	1 843	1 843

Merknad. * 1 opphold for dialyse er registret under Kirurgisk avdeling. **1 poliklinisk konsultasjon/dagbehandling har ikke registrering etter lokasjon.

Generell indremedisin

Generelle indremedisinske problemstillinger, akutte og kroniske sykdommer, ivaretas ved alle tre sykehusene i HSYK. Alle tre sykehus har medisinske sengeposter med slagenheter og tverrfaglige team med kliniske servicefunksjoner.

Indremedisinske fag står også sentralt i diagnostikk og forberedelser ved evt. operativ behandling i tillegg til forebyggende behandling. Alle enhetene har et stort volum av pasienter med lunge- og hjertelidelser, f.eks. KOLS, iskemiske hjertesykdommer, hjertesvikt og hjerterytmeforstyrrelser.

Det foregår utstrakt poliklinisk aktivitet ved alle lokasjonene i HSYK innenfor fagfeltene generell indremedisin inkl. geriatri, kardiologi, nefrologi, lunge, infeksjon, fordøyelsessykdommer, endokrinologi, hematologi og onkologi.

Sykehusene har i stor grad lik struktur, men noen tilbud foreligger kun ved enkelte enheter, som f.eks. Medisinsk avdeling SSJ som har ansvar for innleggelse av permanente pacemakere, ved medisinsk sengepost MIR er det ortogeriatrici (samarbeid med ortopedisk avd.) og ved medisinsk sengepost MSJ er det øremerkede senger til nevrologi.

Kreft- og infusjonspoliklinikk finnes ved alle tre sykehusene i HSYK, og en god del utredning og behandling skjer i indremedisinsk regi, f.eks. lungekreft og hematologiske maligniteter.

Tilbud ved HSYK MIR: Ortogeriatrici, revmatologi

Tilbud ved HSYK SSJ: FMR, pediatri/hyposensibilisering

Tilbud ved HSYK MSJ: Hud, OSAS/CPAP, kapselendoskopi, nevrologi/KNF, søvnlaboratorium

Nedenfor omtales de 5 spesialitetene tildelt Indremedisinsk arbeidsgruppe i tillegg til at en har valgt å omtale nyremedisin og geriatri/demens nærmere. Aktiviteten som presenteres under hver spesialitet er identifisert gjennom fagenheter tilknyttet Medisinsk avdeling, med unntak av hud og FMR som har egne avdelinger i HSYK. Aktivitet som er registrert ved enhetene er ikke nødvendigvis lik aktiviteten innenfor hvert fagområde. I totaltallene presentert over, er imidlertid all aktivitet inkludert. Datakilde for aktiviteter er hentet fra Helsedirektoratet, NPR.

Nevrologi

Helgelandsfunksjon er lagt til MSJ.

Medisinsk avdeling med fagenhetene *Nevrologi* og *Nevrofysiologi* hadde i 2018 ca. 5 500 polikliniske konsultasjoner, fordelt på ca. 5 300 konsultasjoner i MSJ og øvrige i MIR og SSJ. I tillegg var det ca. 135 døgnopphold, hvorav ca. 70 var i MSJ, 40 i MIR og 25 i SSJ.

Det er i dag 4 fast ansatte nevrologer i MSJ, 3 i 100 % stilling og 1 i 24 % stilling. Ut over dette er det innleie av nevrolog og nevrofysiolog. Det er tidligere anslått at behov for nevrologer er 1/ 15 000 innbyggere, hvilket skulle tilsa at det burde være minst 5 nevrologer i 100% stilling ved Helgelandspsykiatriske senteret.

Nevrologisk poliklinikk inneholder også nevrofysiologisk virksomhet som er inkludert i tallene over, som omfatter bla. søvnlaboratoriet med utredning av søvnforstyrrelser med tanke på OSAS-diagnose og evt. påfølgende CPAP behandling. Der er ansatt en nevrotekniker i 100% stilling og en i 50 % stilling er under utdanning, samt 1 sykepleier i 25% stilling som jobber hovedsakelig med MS pasienter.

Volumet har de siste årene ligget på 5 000 polikliniske konsultasjoner (inkl. nevrofysiologi) i tillegg til tilsyn på ca. 150 inneliggende pasienter per år i MSJ. Dersom det kreves høyere/mer spesifikk kompetanse samarbeider nevrologer med nevrologisk enhet NLSH-Bodø, St. Olavs hospital, nevrokirurger ved UNN, kompetansesenter for epilepsi, MS, bevegelserforstyrrelser, hodepine, samt Rikshospitalet.

Nevrologene framhever viktigheten av samarbeid med radiologisk enhet (MR, CT), øyeleger, indremedisinere inkl. slagenheten, fysioterapeuter samt FMR og nevropsykologisk avdeling.

Nevrologiske pasienter får også utredning og behandling ved Medisinsk sengepost og ved Kreft og infusjonspoliklinikk.

Revmatologi

Helgelandsfunksjon er lagt til MIR.

Medisinsk avdeling med fagenhet *Revmatologi* hadde i 2018 ca. 1 100 polikliniske konsultasjoner, fordelt på ca. 950 konsultasjoner i MIR og øvrige i MSJ og SSJ.

Revmatologi er et fagområde som inngår i Medisinsk avdeling. Det er i dag to revmatologer i HSYK, lokalisert til MIR.

Behov for revmatologer er av revmatolog ved HSYK anslått til 1 revmatolog pr 25 000 innb., hvilket skulle tilsa 3 revmatologer i 100% stilling på Helgeland. I tillegg vil det være ønskelig med 1-2 utdanningsstillinger innen revmatologi og 3-4 sykepleiere. Revmatologene framhever viktigheten av samlokalisering med ortopedi, dette spesielt i forhold til problemstillinger som akutt artritt/septisk

artritt mtp. rask diagnostikk og behandling. I tillegg anføres det at revmatologene samarbeider mye med øyeleger, hudleger, nevrologer, ØNH-leger, fysikalsk medisinere og indremedisinere med subspecialister.

Hud

Helgelandsfunksjonen er lagt til MSJ.

Hudavdelingen hadde i 2018 ca. 7 200 polikliniske konsultasjoner, fordelt på ca. 5 700 i MSJ og 1500 i SSJ.

Det er i dag ansatt 2 hudleger i MSJ, en i 100% stilling og en i 20% stilling. Ut over dette er det innleie av hudlege.

I MSJ er det 2,15 sykepleiespesialiststillinger som dekkes av 3 sykepleiere, hvorav 2 har dermatologisk videreutdanning (155 %). Det er stor grad av oppgaveglidning mellom lege og dermatologiske sykepleiere. I SSJ er det en 60% sykepleiestilling som ivaretar lysbehandlingen og ved DMS i BRS er lysbehandling planlagt startet opp i løpet av 2021. Medisinskfaglige ansvar for lysbehandling i SSJ og BRS ivaretas av hudlege i MSJ. Regional plan for hudsykdommer¹³ beskriver behov for å opprette LIS stilling i Bodø og MSJ for å sikre rekruttering. Man har ikke fått til å etablere utdanningsstilling for hudlege i MSJ. Det finnes avtalespesialist for hudsykdommer i MIR i 100 % stilling.

Pr i dag samarbeider hudpoliklinikken hovedsakelig med plastikkirurgene, noe de selv fremhever vil være den viktigste faglige samarbeidspartner også fremover, ikke minst i fht. hudcancerproblematikk.

Ved hudpoliklinikken i Mosjøen foregår det utredning og behandling av mange ulike dermatologiske tilstander. Det utføres fotodynamisk terapi, lysbehandling, PUVA, vortebehandling, kryobehandling, dermojet, bad-behandlinger og sårskift. Noe av den videre spesialiserte utredningen og behandlingen avhenger av tilgjengelig spesialkompetanse, for f.eks. biopsier og eksisjoner, epikutantesting, scratch-testing og allergiutredning. Hudlege er involvert i sårbehandling ved kirurgisk poliklinikk i samarbeid med bla. plastikkirurg.

Forbruk av spesialisthelsetjenester (inkl. avtalespesialister) for befolkningen på Helgeland er svært ulikt (se vedlegg) med høyest forbruk i 2018 innenfor ICD-10 kode L (hudsykdommer) for befolkningen i kommunene Vefsn, Grane, Alstahaug og Mo i Rana. Det høye forbruket er tilsvarende forbruket vist fra 2011/12 i regional plan for hudsykdommer.

Årsaken til det høye forbruket kan muligens skyldes tilgjengelig tilbud, henvisningspraksis og tilbud i kommunehelsetjenesten.

Fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR)

Helgelandsfunksjon er lagt til SSJ.

Seksjon for FMR har hjemler for 4 overlegestillinger og 1 LIS-stilling. Seksjonen er en utdanningsinstitusjon for spesialiteten FMR. Seksjon for FMR at Avd. for fysikalsk medisin administrerer de kliniske servicefunksjoner (klinisk ernæringsfysiolog, sosionom, logoped,

¹³ regional plan for hudsykdommer i Helse Nord fra 2014-2020 ([https://helse-nord.no/Documents/Faqplaner%20og%20rapporter/Faqplaner/Regional plan for hudsykdommer i Helse%20Nord%20Desember%202014%20docx%20siste%20versjon.pdf](https://helse-nord.no/Documents/Faqplaner%20og%20rapporter/Faqplaner/Regional%20plan%20for%20hudsykdommer%20i%20Helse%20Nord%20Desember%202014%20docx%20siste%20versjon.pdf))

fysioterapeuter og ergoterapeuter) ved SSJ og sykepleier som er ansatt ved Seksjon for FMR administrerer hudbehandlingen. Fysioterapeut ansatt ved Seksjon for FMR deltar i arbeidet ved Hjertemedisinsk poliklinikk, SSJ.

Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering hadde i 2018 55 døgnopphold med gjennomsnittlig liggetid på 22 dager. Det var i tillegg i overkant av 1 800 polikliniske konsultasjoner i avdelingen.

Tabell 9.11-1 viser forbruket for ICD-10 kode Z50 Rehabilitering for pasienter bosatt i opptaksområdene til Helgelandssykehuset HF, Finnmarkssykehuset HF, Nord-Trøndelag HF og Helse Førde HF, samt Helse Nord RHF innen spesialisthelsetjenesten året 2018.

Tabell 9.3-3 Forbruk pr 1000 innbygger i Helgeland 2018 innenfor rehabilitering, spesialisthelsetjeneste og private opptreningsinstitusjoner. Sammenligning med andre HF, opptaksområde Helse Nord og Norge. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Forbruk per 1 000 innbygger etter opptaksområde – Rehabilitering Spesialisthelsetjeneste og private opptreningsinstitusjoner – år 2018			
Opptaksområde	Forbruk per 1 000 innbyggere i opptaksområder		
	Liggedøgn (antall)	Døgnopphold (antall)	Poliklinikk og dagopphold (antall)
Helgeland	161	9	20
Finnmark	214	11	21
Nord-Trøndelag	178	9	35
Førde	114	6	18
Helse Nord RHF	175	10	31
Norge	138	7	40

Befolkningen på Helgeland har et høyere forbruk av liggedager per 1 000 innbyggere (spesialisthelsetjeneste + private opptreningsinstitusjoner) i 2018 sammenlignet med gjennomsnitt i Norge. SAMDATA for 2019 viser at forbruket av døgnopphold i private rehabiliteringsinstitusjoner for befolkningen på Helgeland er høyt. Forbruket av polikliniske tjenester for denne pasientgruppen er imidlertid lavt.

Tabell 9.3-4 Pasientstrømmer for pasienter fra Helgeland til HSYK, andre HF og private, 2018. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Opptaksområdet til Helgelandssykehuset HF med kommunenummer 1812-1836 - Rehabilitering Spesialisthelsetjeneste og private opptreningsinstitusjoner – år 2018			
Helseforetak og private sykehus, samt private opptreningsinstitusjoner	Liggedøgn (antall)	Døgnopphold (antall)	Poliklinikk og dagopphold (antall)
Helgelandssykehuset HF	1 165	54	1 411
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	571	15	43
Sunnaas sykehus HF	304	31	-
Private sykehus	288	12	4
St. Olavs Hospital HF	133	9	7
Andre HF	61	15	23
Private opptreningsinstitusjoner	9 930	596	69
Sum helseforetak og private	12 452	732	1 557

FMR har pasienter med nevrologiske sykdommer, hovedsakelig hjerneslagpasienter og pasienter med traumatisk hodeskade. Viktige samarbeidspartnere for FMR er nevrologisk avdeling, nevropsykologisk avdeling (blant annet for undersøkelse av kognitive ferdigheter og førerkortvurdering), Øyeavdelingen (f.eks. synsmessige følger etter hjerneslag og førerkortvurdering) og Urologisk avdeling (f.eks. for undersøkelse og behandling av følger etter hjerneslag). Seksjonen har også noe samarbeid med Psykiatrisk avdeling SSJ og Ortopedisk avdeling og Revmatologisk avdeling MIR. Poliklinikken har mye samarbeid med ortopedingeniørfirma i Bodø, for blant annet tilpasning av ortoser/ortopediske hjelpemidler. I tillegg har FMR mye samarbeid med Medisinsk avdeling (f.eks. hjerterundersøkelse eller vurdering medikamentell behandling), Kirurgisk avdeling (f.eks. operasjon PEG-innleggelse) og Øre-nese-halsavdelingen SSJ (f.eks. audiometri og endoskopisk undersøkelse av svelgfunksjon hos pasienter med hjerneslag hvor logoped fra FMR deltar). Svelgfunksjonen hos pasientene undersøkes noen ganger også ved Røntgenavdelingen.

Avdelingen kan også ta imot pasienter med behov for rehabilitering etter langvarig sykehusopphold. Avdelingen har poliklinikk for tidligere pasienter og poliklinisk 3 måneders kontroll av pasienter som har vært innlagt ved Slagenheten og Medisinsk avdeling SSJ. Sengeavdelingen har også Ambulant rehabiliteringsteam (ART), som følger opp pasienter i hjemmesituasjonen, blant annet i forhold til kommunale tilbud.

Fysikalsk medisinsk poliklinikk har HelselArbeid-senter med polikliniske tverrfaglige undersøkelser/vurderinger (som deltar i et multisenter RCT), og fysikalsk-medisinsk poliklinikk og avdelingen arrangerer flere typer mestringkurs for disse pasientene.

Barn i Helgelandssykehuset

Barn i Helgelandssykehuset er beskrevet her innenfor Indremedisin, men vil også inngå som eget kapittel i Faglig strategisk utviklingsplan.

Tabell 9.3-5 viser samlet aktivitet for barn og unge i alderen 0 til 17 år i HSYK, fordelt etter lokasjon og samlet for 2018 uavhengig av diagnose og hvilken avdeling de har hatt opphold i.

Tabell 9.3-5 Aktivitet Barn i HSYK, 0-17 år, fordelt på lokasjon i 2018. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Helgelandssykehuset HF – Barn og unge (0 til 17 år) - år 2018										
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund		Lokasjon Mo i Rana		Lokasjon Mosjøen		Lokasjon Sandnessjøen		Sum lokasjoner	
	<15 år	15-17 år	<15 år	15-17 år	<15 år	15-17 år	<15 år	15-17 år	<15 år	15-17 år
Liggedøgn	2	-	231	44	72	38	347	74	652	156
Døgnopphold	1	-	122	28	48	15	195	47	366	90
Døgnkirurgi	-	-	28	9	1	-	31	12	60	21
Dagkirurgi	-	-	48	17	49	8	167	13	264	38
Poliklinikk og dagbehandling	138	15	1 819	509	1 131	465	3 690	648	6 779*	1 637

Merknad. *1 poliklinisk konsultasjon/dagbehandling har ikke registrering etter lokasjon.

Barn (i alderen 0 til 17 år) ved Medisinsk avdeling, Hudavdelingen og Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering utgjør ca. 50 % av alle liggedøgn/døgnopphold og 40 % av alle polikliniske konsultasjoner/dagbehandlinger av total samlet aktivitet for barn i HSYK (se vedlegg).

Det er i dag 3 pediatere i 100% stilling i HSYK, alle ansatt i SSJ. Alle tre sykehusenheter tar imot barn for innleggelse. Poliklinisk pediatrik aktivitet foregår hovedsakelig i SSJ med ambulering til BRS og MSJ. Pediatere har tett samarbeid med fagfeltene ØNH, ortopedi, generell kirurgi, anestesi og

psyk/TSB/habilitering. Ved behov og etter avtale overflyttes barn til høyere nivå, fortrinnsvis NLSH-Bodø.

Foruten samarbeid med indremedisinske og overnevnte avdelinger har pediater tett samarbeid med fagområdet føde/gyn med blant annet nyfødtscreeninger, som igjen har tett samarbeid med NLSH-Bodø. Fødsler før uke 35 sendes ut av foretaket og syke nyfødte kan ved behov hentes av NLSHs henteteam. Nyfødte undersøkes av pediater ved fødeavdelingen i SSJ og av andre spesialister i BRS og MIR.

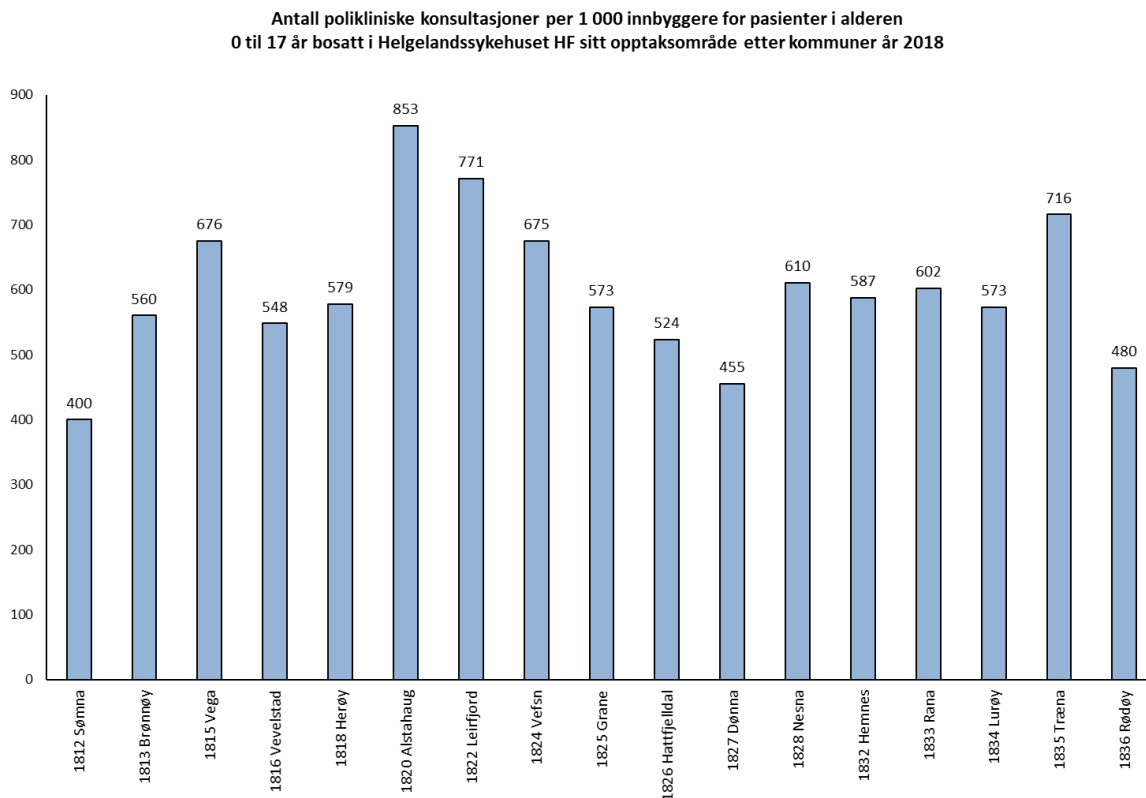
Tabell 9.3-6 Pasientstrømmer; Behandlingssted (HF) for barn fra Helgeland i 2018. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Opptaksområdet til Helgelandssykehuset HF med kommunenummer 1812-1836 - Barn og unge (0 til 17 år) – år 2018					
Helseforetak	Liggedøgn (antall)	Døgnopphold (antall)	Døgnkirurgi (antall)	Dagkirurgi (antall)	Poliklinikk og dagbehandling (antall)
Helgelandssykehuset HF	799	429	78	267	7 577
Nordlandssykehuset HF	1 157	257	22	29	1 297
Oslo universitetssykehus HF	502	87	24	5	140
St. Olavs Hospital HF	381	104	34	8	329
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	320	33	5	4	147
Andre helseforetak	149	20	5	17	206
Sum helseforetak	3 308	930	168	330	9 696

Det beskrives et udekket behov innen HSYK på grunn av mangel på pediater. Flere barn som i dag får tilbud ved NLSH, Bodø kunne fått tilbud i HSYK dersom det var tilgang på flere pediater med ulike kvalifikasjoner. Det leies i dag inn eksterne pediater for å redusere ventetid.

Det er ulikt forbruk av spesialisthelsetjenester for barn på Helgeland. Dønna, Sømna og Rødøy har lavest forbruk av polikliniske konsultasjoner, mens Alstahaug og Leirfjord har høyest forbruk, vist i

figuren under.



Figur 9.3-1 Forbruk av polikliniske konsultasjoner og dagbehandling (ekskl. dagkirurgi) for pasienter i alderen 0 til 17 år bosatt i Helgelandssykehuset HF's opptaksområde etter kommuner år 2018.

Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Forbruket av polikliniske konsultasjoner på 1 000 innbygger for barn i alderen 0-17 år i Norge var på 651 i 2018. Det er en stor variasjon mellom kommunene på Helgeland, og forskjellene i forbruk vil muligens kunne forklares med tilgjengelighet til tjenesten.

Nyremedisin

Medisinsk avdeling med fagenhet Nyre hadde i 2018 ca. 810 polikliniske konsultasjoner, fordelt på ca. 390 i MIR, 250 i SSJ og 170 i MSJ. Videre var det 70 døgnopphold, fordelt på 35 i SSJ, 25 i MIR og 10 i MSJ.

Forekomst av kronisk nyresykdom i befolkningen ligger på ca. 10 % og vil i fremtiden øke betraktelig grunnet økt andel eldre og voksende gruppe med diabetes og hypertensjon.¹⁴

Nyrefaget omfatter både akutte og kroniske nyresykdommer inkludert utstrakt poliklinisk virksomhet (pasienter med langtkommen nyresvikt, utredning til transplantasjon/donor, kontroll av transplanterte, pasienter med høyt blodtrykk) samt pasienter i dialyse og nyresyke pasienter innlagt i sykehuset med nyresvikt.

I 2005 var det 805 pasienter i Norge som mottok hemodialyse, i 2019 var dette økt til 1 346 (ca. 60 % økning på 14 år). Tall hentet fra årsrapport 2019 Norsk Nyreregister. Grunnet flere eldre og lengre ventetid for nyretransplantasjon forventes en vekst videre. Det er god oversikt over pasienter som

¹⁴ Norsk nyreregister 2019 https://www.nephro.no/nnr/A_RSRAPPORT_NNR_2019.pdf

mottar nyreerstattende behandling da det årlig sendes inn skjema på hver pasient, og nyreregisteret lager årsrapporter i tillegg til registrering av nasjonale kvalitetsindikatorer

Pasienter med kronisk nyresykdom er ofte kompliserte og multimorbide. Det samarbeides mye med andre spesialiteter, spesielt kardiologer, urologer og karkirurger.

Det er tre dialyseavdelinger (bloddialyse) i HSYK i hhv SSJ, MSJ og MIR, samt en dialysesatellitt i BRS som ligger under SSJ. En dialysepasient har minimum 4 timer dialyse 3 dager i uken.

Det er i dag en nyrelege i HSYK i SSJ (jobber 50% klinisk og 50% en PhD stilling) og to nyresykepleiere (hhv SSJ 50% og MSJ 80%).

Geriatrici/demens

Medisinsk avdeling med fagenhet *Ortogeriatrici* hadde i 2018 ca. 120 døgnopphold ved lokasjon MIR.

Det er i dag 2 geriater, 3 spesialsykepleiere i geriatri på sengepost/poliklinikk i HSYK, alle ansatt ved MIR. Ingen ambulering.

I forhold til aldrende befolkning og demens skjer primær utredning i kommunehelsetjenesten. For nærmere bestemmelse av eksakt diagnose, oppfølging og behandling skjer dette ofte i spesialisthelsetjenesten av geriater, nevrolog evt. nevropsykolog. FMR gjør noen utredninger i forløp av hjerneslag. Det finnes ikke alderspsykiatrisk tilbud på Helgeland. Ved behov benyttes Kløveråsen i Bodø.

Demens er en progressiv, dødelig sykdom som påvirker så vel pasient som pårørende og pleietyngden i sykehusene. Framskrevne tall for demens ([demenskartet](#)) angir kraftig økning i antall med demensdiagnose, doubling framskrevet til 2050. For Nordland fylke er det estimert at 3 % av befolkningen vil ha demens i 2030.

9.3.2 Trender, utviklingstrekk, nye forutsetninger

En aldrende befolkning

En stadig aldrende befolkning øker behovet for generelle indremedisinske tjenester. Dette er pasienter som ofte har behov for innleggelse i sykehus samt oppfølging poliklinisk. Den demografiske framskrivningen viser en økning på 50 % i antall liggedøgn dersom dagens aktivitet framskrives uten andre endringer frem til år 2035.

Tabell 9.3-7 Demografisk framskrivning av aktivitet ved Medisinsk avdeling, Hudavdeling og Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering, år 2018 framskrevet til 2035. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Helgelandssykehuset HF – Medisinsk avdeling – Demografisk framskrivning av aktivitet			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018-2035
Liggedøgn	21 585	32 499	50,6 %
Døgnopphold	5 123	7 258	41,7 %
Dialyse	4 450	5 136	15,5 %
Poliklinikk og dagbehandling (ekskl. dialyse)	33 230	39 745	19,6 %
Helgelandssykehuset HF – Hudavdelingen – Demografisk framskrivning av aktivitet			

Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018-2035
Liggedøgn	-	-	-
Døgnopphold	-	-	-
Poliklinikk og dagbehandling	7 275	7 605	4,5 %
Helgelandssykehuset HF – Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering – Demografisk framskriving av aktivitet			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018-2035
Liggedøgn	1 231	1 655	34,4 %
Døgnopphold	55	78	41,8 %
Poliklinikk og dagbehandling	1 843	1 843	0,0 %

Lokalsykehusene er en viktig ressurs, spesielt for den aldrende befolkning, og det er viktig å ha nærhet til spesialisthelsetjenesten og tett samarbeid med kommunale helsetjenester.

Behandlingsmetoder

Det er en rivende utvikling innen legemidler og stadig nye preparater kommer på markedet for behandling av bla. nevrologiske sykdommer, revmatiske sykdommer og kreftsykdommer. I fremtiden vil dette gi økt pasientvolum med behov for flere dagplasser.

Teknologi – Det er ønskelig med økt bruk av teknologi med fjernkonsultasjoner.

Oppdragsdokumentet for 2021 angir at 15% av polikliniske konsultasjoner skal skje digitalt. Noen konsultasjoner egner seg som fjernkonsultasjon, men de fleste undersøkelser forutsetter fysisk oppmøte. Mange pasienter innenfor indremedisin er eldre hvor reiser er belastende. Disse vil med fordel kunne nyte godt av ny teknologi der konsultasjoner utføres nær der pasienten bor, for eksempel hjemmefra, fra sykehjem eller fra «Helserom», ved hjelp av f.eks. pårørende eller helsepersonell (feks. fastlege, sykepleier) slik at god kommunikasjon og oppfølging sikres.

Teknologi kan også brukes mellom lokalsykehus og sykehus på høyere nivå både innen poliklinikk og ved akutte situasjoner. Dette krever god logistikk mellom nivåene. Eksempelvis kan poliklinisk oppfølging av blodkreftpasient skje ved at legekonsultasjon ved lokalsykehus settes i videokonferanse med hematolog ved UNN.

VAKE (Videobasert akuttmedisinsk konferanse) er installert i HSYK hvor en kan settes i konferanse med sykehus på høyere nivå for å få god faglig støtte og hjelp til raske beslutninger ved akutte tilstander som haster.

Flere av fagområdene innenfor Indremedisin har begynt å ta i bruk digitale konsultasjoner i de tilfeller det egner seg. Et godt eksempel på dette er OSAS pasienter som CPAP behandles, hvor en fra 2018 til nå i stor grad har konvertert fra fysiske konsultasjoner til telefon/videokonsultasjoner. 65-70% av kontrollene foregår nå digitalt.

Prosjekt kronisk lungesykdom: Multisenterstudie med deltagere fra Europa. En liten «device» registrerer hjerte og lungelyder. Kunstig intelligens skal på sikt kunne vurdere auskultatoriske funn. Således skal disse «devicene» kunne bidra til kliniske beslutninger, f.eks. oppdage forverring av KOLS i et tidlig stadium.

Nasjonalt senter for telemedisin har utviklet to telemedisinske hudtjenester. Det er elektronisk henvisning med stillbilder og videokonferansebasert hudkonsultasjon.

Nevrologisk poliklinikk og annen poliklinikk tilhørende Indremedisinsk arbeidsgruppe konverterer fra fysiske til digitale konsultasjoner der det anses hensiktsmessig.

Avstandsoppfølging kan benyttes i økende grad overfor barn og voksne med langvarige oppfølgingsbehov, f.eks. diabetes hvor insulinpumper/CGM kan avleses på avstand med moderne teknologi.

9.3.3 Utvalgte pasientforløp

Vedrørende pasientforløp er det valgt ut pasienter med hjerneslag, akutt tilstand som virkelig haster og pasienter innenfor R-gruppen, pasienter med symptomdiagnoser. I tillegg har en valgt å beskrive nærmere ift. dialysepasienter.

Pasienter med hjerneslag

I HSYK var det i 2018 innlagt 250 pasienter med TIA/hjerneslag. Gjennomsnitt liggetid var ca. 6 døgn. Alle pasienter med hjerneslag bør tilbys poliklinisk oppfølging jamfør «Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag» (nasjonal kvalitetsindikator). Det foreligger forskjeller i tilbudet for polikliniske kontroller hvor MSJ og SSJ har en relativt sett høy andel kontroller etter hjerneslag sammenlignet med MIR. Dette kan muligens skyldes tilbud med nevrolog i MSJ og FMR i SSJ. Antall polikliniske undersøkelser for denne pasientgruppen er nesten tredoblet de siste fire årene.

Desentralisert CT-undersøkelse kan være en løsning for rask diagnostikk og påfølgende rask og riktig behandling ved spørsmål om hjerneslag. UNN har desentralisert tilbud med CT 24/7 ved DMS Finnsnes som deler av døgnet styres av røntgenpersonell fra UNN i samarbeid med ambulanspersonell. Behandling skjer i samarbeid med lege i primærhelsetjenesten. Det er viktig med gode team i slagbehandlingsskjeden som er drillet på alle deler av diagnostikk og behandling, slik at en ikke får forsinkende ledd ved desentral diagnostisering og behandling av hjerneslag.

Tabell 9.3-8 Aktivitet Hjerneslagpasienter i HSYK, 2018-2035, fordelt på lokasjon. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Helgelandssykehuset HF – ICD-10 kode: I60-I69, G45.9 Hjernekar sykdommer (hjerneslag) inkl. TIA – Framskrivning av aktivitet år 2018 til 2035										
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund		Lokasjon Mo i Rana		Lokasjon Mosjøen		Lokasjon Sandnessjøen		Sum lokasjoner	
	år 2018	år 2035	år 2018	år 2035	år 2018	år 2035	år 2018	år 2035	år 2018	år 2035
Liggedøgn samlet	-	-	589	743	428	533	493	705	1 510	1 982
Normalseng	-	-	-	737	-	529	-	700	-	1 967
Observasjonsseng	-	-	-	6	-	4	-	5	-	15
Pasienthotellseng	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Døgnopphold	-	-	103	152	68	92	79	134	250	378
Poliklinikk og dagbehandling	4	8	55	97	187	291	109	160	355	555

Med utgangspunkt i dagens aktivitet for pasienter med hjerneslag/TIA vil en framskrivning fra 2018 til 2035 gi en økning i antall liggedøgn på ca. 30 % for denne gruppen. Aktiviteten er imidlertid liten, så konsekvensen mht kapasitetsbehov gir en økning på 1-2 senger samlet for HSYK. ‘

Pasienter innenfor «R-gruppen»

Pasientgruppen som utskrives med symptomdiagnose som f.eks. brystmerter, svimmelhet og magesmerter uten at man har funnet årsak/diagnose utgjør totalt for HSYK ca. 2 000 liggedøgn i 2018. Dette er pasienter som har kort liggetid. Det er ulik aktivitet i opptaksområdet, og noen kommuner har markert høyere forbruk enn andre. Årsakene kan være ulike, men et tiltak med tilgang til diagnostikk/kompetanse og observasjonsplasser for å unngå innleggelser kan være en mulighet. Likeledes kan fastlegenes tilgang til faglig support fra sykehuset kunne bidra til bedre diagnostikk og behandling. Ofte må allikevel pasientene inn til nødvendig utredning/nærmere avklaring i spesialisthelsetjenesten, og observasjonssenger eller ØH-poliklinikk kan da være et godt alternativ til innleggelse. Dog er innleggelse en del ganger nødvendig da den indremedisinske pasienten ofte er gammel og multimorbid. I tillegg er det lange reiseavstander på Helgeland som kan medføre innleggelser.

I framskrevet aktivitet fra 2018 til 2035, forutsettes det en reduksjon i antall døgnopphold og en økning i polikliniske konsultasjoner.

Tabell 9.3-9 Aktivitet Pasienter med «R-diagnoser» i HSYK, 2018-2035, fordelt på lokasjon. Datakilde:

Helgelandssykehuset HF – ICD-10 kode: R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted– Framskrivning av aktivitet – år 2018 framskrevet til 2035										
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund		Lokasjon Mo i Rana		Lokasjon Mosjøen		Lokasjon Sandnessjøen		Sum lokasjoner	
	år 2018	år 2035	år 2018	år 2035	år 2018	år 2035	år 2018	år 2035	år 2018	år 2035
Liggedøgn samlet	-	-	687	432	465	284	811	389	1 963	1 106
Normalseng		-		298		204		183		685
Observasjonsseng		-		37		22		57		117
Pasienthotellseng		-		97		58		149		304
Døgnopphold	-	-	321	161	200	95	458	246	979	502
Poliklinikk og dagbehandling	133	183	2 408	3 174	3 286	4 072	2 958	4 017	8 785	11 446

Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Dialyse

Framskrivning for dialyse har høy grad av usikkerhet. Tall fra nyregisteret viste en økning i antall pasienter i hemodialyse på ca. 60 % fra 2005 til 2019. En framskriving av dagens aktivitet i HSYK for dialyse (ved bruk av nasjonal framskrivingsmodell) viser en forventet økning fra 2018 til 2035 på ca. 20 % ifølge Sykehusbygg. Usikkerheten i estimatet tilsier at det bør legges spesielt til rette for fleksible løsninger med mulighet for endringer i kapasitet og personell.

Tabell 9.3-10 Aktivitet dialysepasienter i HSYK, 2018-2035, fordelt på lokasjon. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Helgelandssykehuset HF – Dialyse, dagmedisinsk behandling (DRG 3170 – Rutinemessig dialyse) – Framskrivning av aktivitet										
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund		Lokasjon Mo i Rana		Lokasjon Mosjøen		Lokasjon Sandnessjøen		Sum lokasjoner	
	år 2018	år 2035	år 2018	år 2035	år 2018	år 2035	år 2018	år 2035	år 2018	år 2035
Dialyse	635	854	2 126	2 666	761	918	928	943	4 450	5 380

Den største pasientgruppen som utvikler behov for nyreerstattende behandling er pasienter med kardiovaskulær sykdom og diabetes. Mulighet for transplantasjoner og bedre metabolsk regulering

ved diabetes kan innvirke på dette aktivitetsbildet, men uansett vil dialysebehovet øke pga. økning i aldrende befolkning. Dialyseenhetene i HSYK må forvente stor variasjon i antall dialysepasienter og antall dialysesesjoner per pasient kan variere fra minimum 3 dager til 6 dager i uken. Det er derfor viktig at HSYK har planer for drift av dialyse som er tilpasset de ulike scenarioene der det tas høyde for at dialyse kan tilbys 7 dager i uken.

For dialyse vil behandlingsmåter (ulike typer dialyse) innvirke på behovet for dialyseplasser. Pasienter i dialyse bør ha reisevei til dialysen på under 1 time. Det forutsettes dialysetilbud ved alle fire lokasjoner i HSYK. Hvor mange som til enhver tid er i dialyse, og hvor de har sin geografiske tilhørighet, vil variere. Det er derfor av stor viktighet at HSYK setter fokus på midlertidige dialysesatellitter lokalisert i pasienten sin hjemkommune som for eksempel kan være knyttet til sykehjem samt jobbe mot at noen pasienter kan få dialyse i eget hjem.

Teknisk support og utstyr må utvikles i takt med faglige krav slik at hver enkelt dialysepasient kan tilbys behandling etter faglige retningslinjer.

9.3.4 Oppgavefordeling og endringer i pasientstrømmer

Beslutningen om ny sykehusstruktur på Helgeland fører til en endring i organisering og bemanning. Det er besluttet at det skal være indremedisinsk akuttberedskap ved MIR og SSJ og omegn, og i tillegg elektiv aktivitet på flere lokasjoner.

Aktivitet ved DMS Brønnøysund er allerede i stor grad planlagt og kan innvirke på kapasitetsbehovet ved andre lokasjoner. Tilbudet i Brønnøysund vil være ambulering poliklinisk innenfor flere fagområder, og en intermediær døgnenhet i samarbeid med kommunene. Endring i spesialisthelsetjenestetilbudet i MSJ har størst konsekvens for befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal som får lengre reisevei til deler av spesialisthelsetjenestetilbudet. Dette er mest sårbart i fht. akutte problemstillinger som haster, 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 forhold til innholdet i Mosjøen er det skissert to scenarier (se vedlegg) avhengig av lokalisering av .

Det virker å være enighet om at man i MSJ 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 er presisert viktighet av CT i forhold til hjerneslagproblematikk. I tillegg kreves diverse støttefunksjoner.

Deler av poliklinisk virksomhet kan være sykepleierdrevet, f.eks. innen fagområdene hudsykdommer, hjertesvikt og diabetes. Det må legges til rette for støtte av relevant spesialist.

Behov for generell indremedisinsk poliklinikk, nevrologi og laboratorietjenester er også presisert fra PHR/TSB som har et veletablert tilbud i MSJ.

Nærmere spesifisering av innhold og dimensjonering av spesialisthelsetjenestetilbudet i MSJ vil avhenge av plassering av hovedsykehuset, med tanke på reisevei for pasienter og spesialisthelsetjenestetilbud nært der pasientene bor.

9.3.5 Utviklingsområder for Indremedisin

Ett helgelandssykehus – nye muligheter

Det er vesentlig å ha en felles faglig ledelse som bidrar til kompetansebygging, felles ressursstyring og planer relatert til sykehusets utviklingsstrategier. For å ha et likt tjenestetilbud for befolkningen på Helgeland er det viktig å samarbeide om ambulerings og bruk av digitale konsultasjoner. Felles inntakskontor er viktig for fordeling av aktivitet til aktuell lokasjon med kapasitet og kompetanse. For pasienter med akutt sykdom rutes pasientstrømmen av AMK sentralen.

En samling av fagmiljøene i ett HSYK organisatorisk vil kunne gi en styrking av fagene og bedre rekrutteringssituasjonen. På grunn av få spesialister innenfor flere fagområder er samarbeid om tjenestetilbud på tvers av lokasjoner spesielt viktig. Fagområdene uttrykker et ønske om å være lokalisert på samme sted og at dette vil være av betydning for rekruttering. Hvis vi klarer å etablere robuste fagmiljø kan vi bedre få til ambulerings.

Udekte behov, nye pasientgrupper/ending i tjenestetilbud

HSYK sliter pr i dag med rekruttering og det er mangel på spesialister innenfor de fleste eksisterende fagfelt. For Indremedisinsk arbeidsgruppe omfatter dette generell indremedisin, geriatri, fordøyelsessykdommer, kardiologi, lungemedisin, nyremedisin, revmatologi, nevrologi, pediatri samt hud og FMR. HSYK bør satse på rekruttering/stabilisering av disse spesialitetene.

Sykehuset i MIR og hovedsykehuset i SSSJ & omegn skal begge være akuttisykehus. Hovedsykehuset skal ha størst faglig bredde og innhold, og dette vil få konsekvenser for samling av fagområder.

Ut fra de 5 fagområdene tildelt Indremedisinsk arbeidsgruppe, utenom de generelle indremedisinske spesialiteter, er spesialisert rehabilitering/fysikalsk medisin jfr. Helseministerens vedtak av 27.01.20 foreslått lagt til hovedsykehuset. Jfr. vedtaket å bygge på eksisterende fagmiljø, div. møter med aktuelle profesjoner med vurdering av faglige avhengigheter samt volum, synes det fornuftig å funksjonsfordele revmatologi til Mo i Rana og nevrologi, pediatri og hud til hovedsykehuset Sandnessjøen og omegn. Det vises forøvrig til notater og møterefater hvor man har vært i dialog med aktuelle spesialiteter.

En bør i tillegg få på plass spesialiteter som mangler i HSYK i dag som hematologi, onkologi, endokrinologi og infeksjonsmedisin. Det er noe uenighet i arbeidsgruppen om tilknytting av nye spesialiteter i HSYK, men de fleste mener at disse fortrinnsvis bør tilknyttes hovedsykehuset. I tillegg bør de ulike enhetene kunne utnytte sin rekrutteringsevne. Utdanning av flere ekkoteknikere synes også fornuftig frem mot nye HSYK samt videreutvikling av hjertesviktpoliklinikk, hjertetreningsgrupper og hjerteskoole. Tilbud om CT koronarangiografi bør etableres, samt tilbud om stress-ekko bør videreutvikles.

Smittevernlege og etablering smitteverngruppe bør også komme på plass, viktigheten av dette er nå ytterligere aktualisert og påkrevd i lys av COVID-19 pandemien.

Sykehuset i Mo i Rana og hovedsykehuset i Sandnessjøen og omegn skal begge være akuttisykehus, men for å kunne gi et bedre tilbud til pasientene på Helgeland ved akutte tilstander vil det være ønskelig å få etablert kardiolog i vakt 24/7 på hovedsykehuset.

Nevrologi: For nevrologi er det ønske om å få på plass nevrologisk sykepleier for å utvide tilbudet til pasienter med bla. Parkinson, hodepine og epilepsi. I den forbindelse planlegges oppgaveglidning fra lege til sykepleier. Det planlegges også oppstart av tverrfaglig slagpoliklinikk.

Pasienter med hudsykdommer: Behandlinger som ikke dekkes godt nok, eller som det ikke finnes tilbud for i dag er særlig eksemskole, oppfølging av veneriske sykdommer (seksuelt overførbare sykdommer), utvidet sårpoliklinikk, og mulighet for pasientundervisning. Det er behov for økte ressurser for å dekke dette behovet tilstrekkelig i dag. Det forventes i fremtiden økt behov for opplæring og veiledning av pasienter med hudsykdommer, og også økt forekomst og utredning av allergiske tilstander, som sammen med behov for å dekke det hittil udekte behovet, tilsier at både antall legestillinger og sykepleiestillinger må økes.

For **fysikalsk medisin og rehabilitering** er det i dag et udekket behov. Helse Nord gjennomfører parallelt med faglig strategisk utviklingsplan for HSYK en vurdering av spesialisthelsetjenestetilbudet innenfor FMR. En endring i pasientstrømmer og oppgavedeling kan gi økt kapasitetsbehov ved FMR HSYK. En ønsker å øke antall senger, slik at flere pasientgrupper kan få tilbud om rehabilitering på Helgeland. Det ønskes også etablering av slagpoliklinikk (3 mndr. etter hjerneslag) ved flere enheter i HSYK.

Alle helseforetak i Helse Nord har fra HN fått forespørsel om å etablere poliklinikker for utredning av CFS/ME, som et supplement til utredningen som foretas hos fastlegene i primærhelsetjenesten. HSYK har videresendt denne forespørselen til Seksjon for FMR, HS SSJ. Det kan etableres et tverrfaglig poliklinisk tilbud for utredning av CFS/ME, om det tilføres økonomiske ressurser for dette.

For **pediatri** er det beskrevet udekket behov i HSYK på grunn av mangel på spesialister. Flere barn som i dag får tilbud ved NLSH kunne fått tilbud i HSYK dersom det var tilgang på flere pediatere. Det er også behov for mer ambulerende for å få behandlet barn lokalt nær der de bor. På grunn av barns rettigheter ved innleggelse i sykehus er det behov for definerte døgnenger og tilrettelagt areal for barn¹⁵.

Nyrefaget: Utdanning av flere nefrologer og nyresykepleiere kan også nevnes, og det er ønskelig at det i fremtiden dannes nyrefaglig ressursgruppe som kan jobbe for å videreutvikle faget samt starte opp nyreskole her på Helgeland. Viktig å bruke data fra nyreregisteret for å få oversikt over denne pasientgruppen

Screening: Screeningprogram for tarmkreft ble innført i Norge fra februar 2021 og vil etter hvert generere flere koloskopier og økt behov for gastroenterologer/skopører. Økningen innen koloskopi vil komme i 2023/2024. HSYK har i dag mangel på gastroenterologer/skopører og dette bør være et prioritert rekrutteringsområde framover. Helse Nord har foreslått etablert avtalehjemmel på Helgeland for fordøyelsessykdommer¹⁶. Screeningprogrammet er gjeldende for aldersgruppen 55 år. Denne gruppen reduseres noe fram mot 2035, og utgjør ca. 800 personer (se vedlegg). Kriterier og metode for kolonundersøkelser vil være i utvikling, så effekt på kapasitetsbehov i endoskopilaboratorier er noe usikkert.

Fjernkonsultasjoner og bruk av ny teknologi

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.

¹⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/barns-saerlige-rettigheter>

¹⁶ *Tiltaksplan for avtalespesialister i Helse Nord 2021-2022*

Hjemmedialyse med oppfølging fra sykehuset utføres i andre HF: «*Nordlandssykehuset HF har samarbeidet med Telenor om en løsning for bedre oppfølging av pasienter med hjemmedialyse*¹⁷». Dette kan også være overførbart til andre pasientgrupper/fagområder.

Samhandling

Nasjonal Helse- og sykehusplan skriver om det utadvendte sykehus. Indremedisin omfatter mange spesialiteter og pasienter med behov for oppfølging i kommunale helsetjenester etter diagnostikk og behandling i spesialisthelsetjenesten. Sykehuset har en viktig rolle i opplæring, undervisning og skal være tilgjengelig for rådgiving.

Vedrørende samhandling med kommunehelsetjenesten har HSYK en sentral rolle i forhold til kunnskapsdeling og kompetansebygging mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Fra målsettingene i Nasjonal Helse- og sykehusplan: «Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner. Helsepersonell spiller hverandre gode, vet hva neste ledd i pasientforløpet trenger og kan bidra med. Digitale løsninger gjør arbeidshverdagen enklere, ikke vanskeligere. Kommuner og sykehus planlegger og utvikler tjenester sammen med brukere og fastleger i helsefelleskap».

I DMS SH er det planlagt intermedisær senger. Dette er et tiltak for å kunne ta utskrivningsklare pasienter, pasienter tidlig i forløpet til ferdig behandling og evt. rehabilitering nært hjemmet. Kommunenes tilbud med kommunale øyeblikkelig hjelp senger bidrar i tillegg til at unødvendige sykehusinnleggelses kan unngås. Dette skal skje i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Grunnet lange reiseavstander jobbes det for å etablere dialysesatelitter på f.eks. sykehjem eller i eget hjem. Det bør etableres strømlinjeformede avtaler mellom HSYK og primærhelsetjenesten slik at fremtidige dialysesatelitter kan etableres og avvikles på en god måte.

Innenfor geriatri er det behov for ytterligere samhandling med kommuner, med blant annet systematisk gjennomgang av legemiddelbruk på alle sykehjem.

Prosjektet «Den eldre pasient» er et tverrfaglig samarbeid mellom Medisinsk avdeling, Voksenpsykiatri, Fysikalsk medisinsk rehabilitering SSJ og primærhelsetjenesten. Geriater ved MIR er ikke involvert i dette arbeidet. Avdelingene har tradisjonelt hatt få arenaer og liten struktur for samarbeid. Dette er også tilfelle mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Representanter fra Helsedirektoratet har deltatt i prosjektet.

Pasienthotell/sykehotell.

Sykehotell (eller ordinært hotell) kan være aktuelt for pasienter som har lange reiser og skrives ut fra sykehuset på tidspunkt der det ikke er tilgjengelig transportmidler. Pasienthotell er egnet for pasienter som ikke har behov for døgnkontinuerlig pleie og overvåking, men som av medisinske årsaker bør være nært/i sykehuset.

¹⁷ *Nasjonal Helse- og sykehusplan 2020-2023*

Observasjonsenhet/observasjonsplasser.

Tidlig diagnostikk og behandling kan redusere antall innleggelser i ordinære sengeområder. Kommunale tjenester, prehospitaltjenester og akuttmottak med observasjonsplasser er viktige innsatsfaktorer.

Bygg

Samlokaliserte kommunale tjenester, universitetsfunksjoner og spesialisthelsetjenester slik som det bygges i Hammerfest vil gi en unik mulighet for samhandling og også effektiv og fleksibel utnyttelse av byggene.

I lys av COVID-19 pandemien bør en fremover ha fokus på etablering av flere smitterom/isolat med sluser og etablere avdelinger med fleksibilitet slik at en kan konvertere områder til kohorter ved evt. fremtidige smitteutbrudd. Sykehusbyggene fremover bør også tilstrebes å være mest mulig funksjonelle, og en må ha tilstrekkelig med funksjonelt innredede spesialrom. I Nye HSYK må en hele tiden være i front slik at en til enhver tid har moderne medisinskteknisk utstyr for utredning, diagnostikk og behandling til det beste for pasientene.

9.3.6 Dimensjonering

Kapasitetsbehovet er i sin helhet framskrevet av Sykehusbygg ved bruk av nasjonal framskrivingsmodell (eiet av RHF-ene) og for HSYK tilpasset med lavere åpningstid (6 timer) for poliklinikk.

Aktiviteten framskrevet til 2035 for Medisinsk avdeling, Hudavdelingen og FMR er samlet beregnet behov per lokasjon og for alle fire lokasjoner. For poliklinikk er det beregnet behov for 20-21 generelle undersøkelsesrom for Medisinsk avdeling, 1-2 rom for Hudavdelingen og 1 rom for FMR. I tillegg kommer spesialrom som f.eks. endoskopiroom, lysbehandling og klinisk nevrofysiologisk laboratorium. Det er forutsatt 6 timers åpningstid. Når aktivitet fordeles på flere lokasjoner vil behovet bli noe høyere, og rom for ambulering er i praksis krevende å få utnyttet 100 %.

Tabell 9.3-11 Kapasitetsberegning Medisinsk avdeling, Hudavdeling og Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering HSYK fordelt på lokasjon, framskrevet fra 2018 til 2035.

Helgelandsssykehuset HF – Medisinsk avdeling – Framskrevet kapasitetsberegning - år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Senger samlet	-	36,0	18,3	30,2	84,5
Normalseng	-	33,1	16,7	27,5	77,4
Observasjonsseng	-	0,7	0,5	0,7	1,9
Pasienthotellseng	-	2,2	1,1	2,0	5,3
Dagplass					
Dialyseplass	2,7	8,5	2,9	3,0	17,2
Kjemoterapi plass	-	1,9	1,9	1,0	4,7
Infusjonsplass	-	4,1	3,9	1,8	9,7
Poliklinikkrom	0,8	6,6	7,2	5,8	20,3
Helgelandsssykehuset HF – Hudavdeling – Framskrevet kapasitetsberegning - år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Poliklinikkrom	-	-	1,4	-	1,4
Helgelandsssykehuset HF – Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering - Framskrevet kapasitetsberegning – år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Senger samlet	-	-	-	4,0	4,0
Normalseng	-	-	-	3,5	3,5
Pasienthotellseng	-	-	-	0,5	0,5
Poliklinikkrom	-	-	-	1,0	1,0

Merknad. Beregnede kapasiteter for operasjonsstuer (døgn- og dagkirurgiske stuer) og plasser for dagkirurgisk oppvåkning holdes utenfor beregnede kapasiteter illustrert i tabell. Beregnet med standard forutsetninger og utnyttelsesgrader i Framskrivingsmodellen - ekskl. antall timer effektiv drift, som er beregnet med 6 timer for dagplass og poliklinikkrom ekskl. dialyseplasser.

Framtidig kapasitetsbehov for senger er beregnet ut fra framskrevet aktivitet for 2035. Antall normalsenger forutsettes beregnet med 85 % utnyttelsesgrad mens observasjonsplasser og pasienthotell beregnes med 75 % utnyttelsesgrad.

Kapasitetsberegningen tilsier et behov i 2035 for 33-34 senger i MIR for indremedisin. Dersom all aktivitet i MSJ flyttes til SSJ, vil det være totalt 44-45 senger inkl. FMR. Et fradrag for FMR (4-5) og for senger til DMS (3-4) BRS¹⁸ gir da et behov i SSJ i 2035 på ca. 36-37 senger for indremedisin. Dette inkluderer også intensivsenger. Observasjonsplasser og pasienthotell kommer i tillegg.

Aktiviteten i BRS er ikke helt avklart mht pasientkategorier. Dette vil bli gjennomgått særskilt i konseptfasens steg 1.

Nærmere utredning med eksakt beregning og fordeling av senger og type senger anses nødvendig.

Det foregår nå benchmarkingsarbeid i fht. overforbruk av spesialisthelsetjenester på Helgeland, og dette kan ha innvirkning på dimensjonering for fremtiden.

9.4 Kirurgi, ortopedi, plastikk-kirurgi, urologi, anestesi, ØNH og øye

Kapittelet omfatter spesialitetene kirurgi, ortopedi, plastikk-kirurgi, urologi, anestesi, ØNH og øye. Gynekologi hører også til kirurgisk disiplin, men dette faget er omtalt i kapittel 9.28 gyn /føde.

Prehospitaltjenester er en viktig del av den akutte tiltakskjeden, og som har direkte innvirkning på den akuttkirurgiske virksomheten i sykehusene. Prehospitaltjenester behandles ikke i denne planen.

9.4.1 Spesifikke vedtak i Foretaksprotokollen

I foretaksprotokollens (27.01.20), vedtaks punkt 2 er det gitt spesifikt oppdrag om de kirurgiske fagfeltene.

2a) Helgelandssykehuset Sandnessjøen etableres som helseforetakets hovedsykehus med følgende funksjoner: Akutt sykehus med indremedisin med akuttberedskap, **generell kirurgi med akuttberedskap**, fødeavdeling, **anestesi**, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaksamarbeid med Nordlandssykehuset). Det foreslås videre at Helgelandssykehuset Sandnessjøen skal ha **urologi**, **plastikk-kirurgi**, spesialisert rehabilitering/fysikalsk medisin, og **øre-nese-hals** som krever sengekapasitet.

2b) Helgelandssykehuset Mo i Rana etableres som akutt sykehus: Indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, ortopedi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaksamarbeid med Nordlandssykehuset HF).

Øye er ikke omtalt i protokollen. Fagområdet er vurdert som en del av de kirurgiske tjenestene, men.

Vedtaks punkt 4 gis oppdrag om å utrede poliklinikk i Mosjøen

4.) I konseptfasen utredes etablering av **polikliniske somatikk-tilbud** samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen. Som del av utredningen vurderes også det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern

I saksunderlaget til foretaksprotokollen (styresak 137-2019) er det presisert at det ikke skal være døgnaktivitet i spesialisthelsetjenestetilbudet i Mosjøen. Dagkirurgi er ikke regnet som poliklinisk aktivitet. Poliklinikk i Mosjøen oppsummeres i kapittel 10.2.2.

9.4.2 Dagens virksomhet

Dagens virksomhet har følgende lokasjoner for de kirurgiske fagene.

Tabell 9.4-1 Spesialisthelsetjenestetilbud innenfor kirurgiske fag pr 2021

Helgelandssykehuset HF – Tjenester innenfor fagområdet kirurgiske fag (ekskl gynekologi) - per 2021				
Tjenestetype	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen
Generell kirurgi	-	x	x	x
Ortopedi	Ambulering	x	Ambulering pol og dagkir	-
Plastikk-kirurgi	-	-	x	-
Urologi	-	-	x	-
ØNH	-	Ambulering	-	x
Øye	-	-	x	-
Anestesi	-	x	x	x

De tre geografiske lokasjonene i MIR, SSJ og MSJ er separate organisatoriske enheter (endres til gjennomgående klinikkstruktur fra september 2021)

Ortopedi

Ortopedi er lokalisert i MIR og har døgnbasert akuttberedskap. Det utføres ortopediske dagkirurgiske inngrep i Mosjøen med ambulerende ortopeder fra MIR. se under om ambulering. Tabellen viser vaktordning pr nov 2020.

	Mo i Rana			Sandnessjøen			Mosjøen		
	turnskandidat (LIS 1)	Asslege (LIS 2-3)	Spesialist	turnskandidat (LIS 1)	Asslege (LIS 2-3)	Spesialist	turnskandidat (LIS 1)	Asslege (LIS 2-3)	Spesialist
Ortopedi		5	6						
Ikke i vaktordning			1						

Ortopedisk avdeling i MIR har døgntilbud i generell sengepost sammen med gynekologi og generell kirurgi

Generell kirurgi

Generell kirurgi er lokalisert i MIR, SSJ og MSJ, og har døgnbasert akuttberedskap. Pasientgrupper er ikke funksjonsfordelt mellom enheter i HSYK.

Generell kirurgi i MIR har døgntilbud i generell sengepost sammen med gynekologi og ortopedi

	Mo i Rana			Sandnessjøen			Mosjøen		
	turnskandidat (LIS 1)	Asslege (LIS 2-3)	Spesialist	turnskandidat (LIS 1)	Asslege (LIS 2-3)	Spesialist	turnskandidat (LIS 1)	Asslege (LIS 2-3)	Spesialist
Kirurgi	6	4	6	6	5	6	5	4	4

LIS 1 er felles vakt mellom kir/med utenom dagtid

Urologi

Urologisk seksjon i Mosjøen har døgntilbud 5 dager / uke gjennom 5 dagers sengepost.

Urologi i Mosjøen er bemannet og organisert slik at man tar imot alle øyeblikkelig hjelp / akutt urologi fra hele Helgeland. Bemanningen er 4 leger, 2 overleger og 1 LIS 2 (fra høsten 2 LIS 2) og uroterapeuter. Urologi er godkjent som utdanningsinstitusjon

Enkelte pasienter henvises til høyre nivå dersom problemstillingen eller kompleksitet tilsier det. Vakt er gjennomgående organisert med erfaren LIS 2 urologi/overlege fra annet fag eller en uerfaren LIS 2 / erfaren overlege innen spesialitet urologi. Alle LIS 2 er opplært i å håndtering av akutt urologi. Ordningen gjelder både hverdager og helger.

Akuttmedisin og kirurgi (ekskl prehospitaltjenester, som utredes separat)

Anestesi

Det er i dag anesthesiavdeling med anestesileger i døgnberedskap ved alle de tre enhetene i Helgelandssykehuset. Vaktordningene for både anestesileger og anesthesisykepleiere er noe ulikt organisert ved enhetene, med varierende grad av tilstedevakt og hjemnevakt på kveld og natt. Avdelingene er organisert som generelle anesthesiavdelinger og ivaretar fagets fire søyler som omfatter anestesi, intensivmedisin, akuttmedisin og akutt. Et sentralt element i anestesifaget er å sikre og ivareta pasientens vitale funksjoner og avdelingen er følgelig sentral i behandlingen av de sykeste pasientene i sykehusene. Anesthesiavdelingene har ingen egne sengeplasser, men jobber tverrfaglig med andre spesialister for å ivareta pasienten innlagt på andre avdelinger eller intensivavdelingene.

Anesthesiavdelingen i Sandnessjøen og Mo i Rana er godkjent som utdanningssted for LIS 3 i anestesi med hhv. 2-3 LIS-leger per enhet.»

	Mo i Rana			Sandnessjøen			Mosjøen		
	turnskandidat (LIS 1)	Asslege (LIS 2-3)	Spesialist	turnskandidat (LIS 1)	Asslege (LIS 2-3)	Spesialist	turnskandidat (LIS 1)	Asslege (LIS 2-3)	Spesialist
Anestesi		2	4		2	3			2

Legebemanning i luftambulansetjenesten er ansatt i HSYK. Det er ingen leger fra sykehusene som for tiden flyr i luftambulansetjenesten. Pt bemannes ambulansfly med anestesisykepleiere og intensivsykepleiere som har en del av stillingen i HSYK (3 personer, hvorav en har permisjon).

Akuttmottak

Akuttmottak tar imot pasienter til øyeblikkelig hjelp, er traumemottak av ustabile og skadede pasienter, og tar imot medisinske og kirurgiske polikliniske ø-hjelp hele døgnet. Til pasienter over 16 år brukes et triageringsverktøy til å prioritere hver enkelt pasient. Ved kritisk syke barn innkalles det et eget Barne-Team. Akuttmottakene i de tre lokasjonene er organisert forskjellig.

Intensiv/recovery

Intensiv i sykehusene er kombinert intensiv for kritisk syke og recovery etter operasjoner. Intensivavdelingene behandler også intensivpasienter ferdige over lengre tid. Intensiv gir stabiliserende behandling før overføring til mer spesialiserte sykehus. De som sendes videre har behov for behandling som ikke tilbys i Helgelandssykehuset. Mosjøen har egen recovery i knyttet til dagkirurgi, er en kombinert løsning med intensiv på kveld og helg..

Øre, nese hals (ØNH)

ØNH er i dag lokalisert til SSJ og er poliklinisk organisert. Tjenesten er dagbasert uten akuttberedskap, unntatt torsdager. Pasienter med døgnbehandlingsbehov eller pasienter til operasjon med lang reisevei innlegges i døgnavdeling etter inngrep. ØNH-leger fører tilsyn med overliggere når det er nødvendig med kompetanse i ØNH.

Det er ansatt 4 overleger (tre 100%, en 50%) og 1 Lis. Det er stort behov for vikarinneleie utover det.

Tidligere var det en 20% avtalehjemmel plassert i MIR (lege fra NLSH). (se videre om avtalehjemmel under ambulering)

Plastikk-kirurgi

Plastikk-kirurgi er lokalisert i MSJ. Tjenesten er døgn -og dagkirurgisk virksomhet, men ikke akuttberedskap. Større operasjoner innlegges ved 5 dagers sengepost med bemanning 24 timer. Pasienter med døgnopphold får oppfølging fra plastikk-kirurgi når det oppstår fagspesifikke oppfølgingsbehov utenom dagarbeidstid

Øye

Helseforetakets øyeavdeling er lokalisert i MSJ. Tjenesten er dagbasert. Helse Nord har i tillegg tildelt 3 avtalespesialisthjemler i øyefaget. Disse er lokalisert nært BRS, i MSJ og MIR. De store volumene i øyefaget er utført av avtalespesialistene. En stor del av avtalespesialistkapasiteten er fra 2020 betydelig redusert pga av opphør av avtalen med Helse Nord RHF

Ambulerende tjeneste

Fra høsten 2008 tom oktober 2019 var det ambulering fra ØNH-SSJ til MIR med ca 500 pasientkonsultasjoner per år i gjennomsnitt. Pga av underdekning av støttepersonell ble tjenesten avvirket i 2019. Gjenopptakelse ble planlagt, men forhindret av COVID-19. Fra juni 2021 reetableres ambulering til MIR.

Det har ikke vært ambulering til MSJ eller BRS. Det har tidligere vært 2 avtalehjemmel i ØNH (20%), og den ene ambulerte til BRS (den andre hadde tjenestene i MIR, se over).

Ortopedisk enhet har ambulerende dagkirurgisk virksomhet i MSJ. Dette er en ordning som har gitt operasjonsvolumer i elektiv linje som ikke blir forstyrret av akutte behov og andre oppgaver i sykehus. Ordningen har understøttet LIS-utdanningen med høye prosedyrevolum. Ortopedisk avdeling har også poliklinisk tilbud MSJ og BRS.

Funksjonsfordelte tjenester i Helse Nord

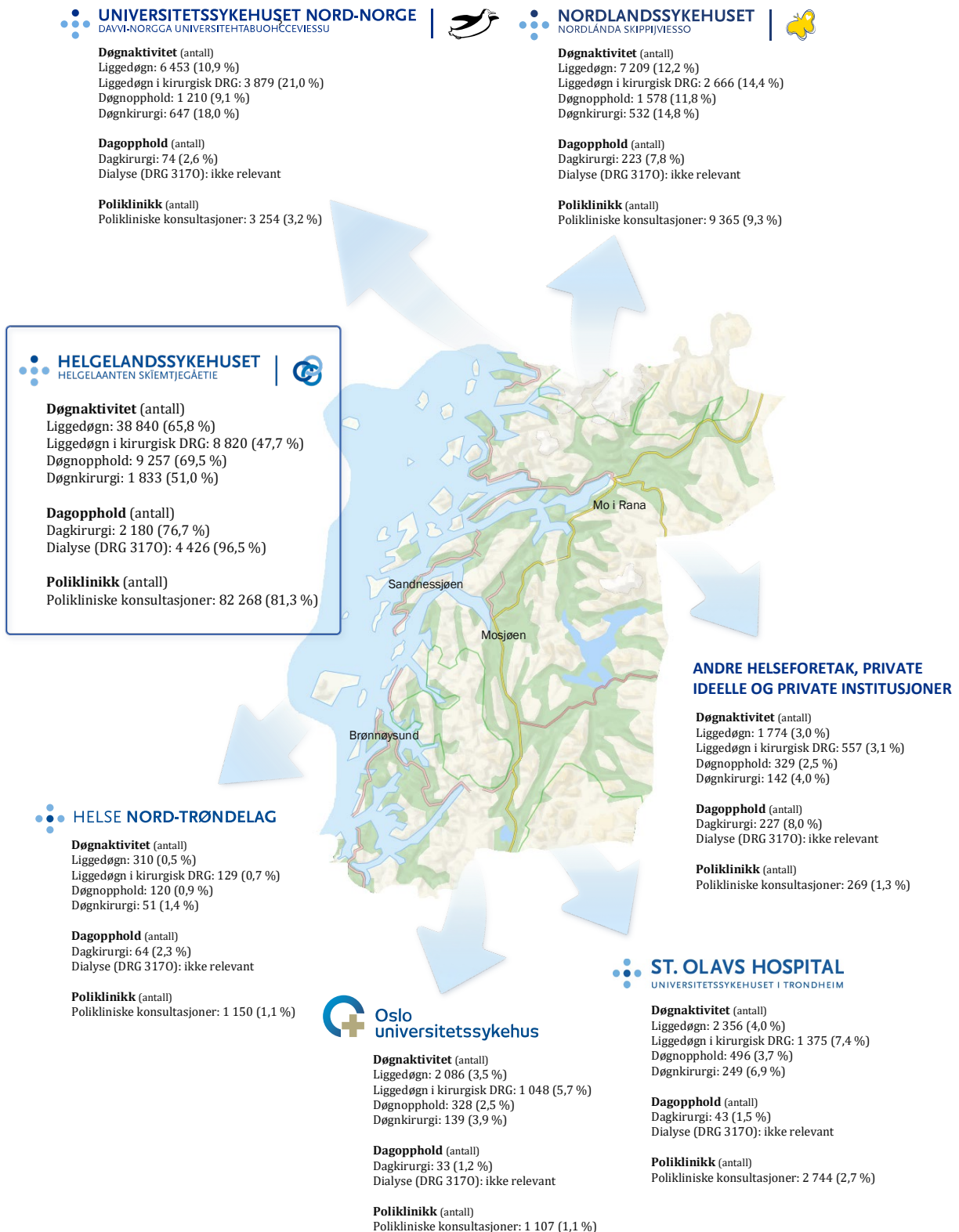
HSYK har ikke en befolkningsstørrelse som faglig og ressursmessig kan ha tjenester og prosedyrer der kvalitet er relatert til volumer, høyspesialisert kompetanse og eller utstyr. Det er HN som bestemmer funksjonsfordeling mellom helseforetak. Det er også HN som fordeler avtalespesialisthjemler og avtaler med private tjenestetilbydere. Spesialiteter /spesialiserte prosedyrer utføres i hovedsak i NLSH, og for noen områder til UNN.

I 2021 ble tarmkreftkirurgi overført fra HSYK til NLSH. Det er iverksatt eget utredningsarbeid om hvor HN skal gi oppdrag om tarmkreftkirurgi. Dette skal avklares ultimo 2021.

Ryggkirurgi er av HSYK foreslått overført til NLSH. Det er ikke besluttet når dette trer i kraft.

Pasientstrømmer:

PASIENTSTRØMMER HELGELANDSSYKEHUSET HF OPPTAKSOMRÅDE SOMATISK SEKTOR ÅR 2018



Figur 9.4-1 Pasientstrømmer Helgelandssykehuset HF sitt opptaksområde somatisk sektor året 2018. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Pasientstrømmene vider selvforsyningsgraden. Det er relativt mange oppholdsøgn og døgnopphold utenfor foretaket. Dette er i hovedsak et resultat av spesialisering og funksjonsfordeling. Hovedstrømmene går til UNN og NLSH. Dette gir et bilde av at pasienter får tilgang til tjenester etter behov og evt eget valg. Noen av pasientene er personer med opphold i andre regioner med bostedsadresse Helgeland. Det kan være studenter, arbeidspendlere og personer på reise.

Om pasientvalgte strømmer fra HSYK

Det er så stor usikkerhet om antall pasienter som faktisk velger sykehus pga av manglende registreringer i pasientregistre. Årsaken er heller ikke kartlagt. PhD stipendiat Veronica Hovind i MIR har fokus på årsaker og omfang i sitt arbeid)

Om pasientvalgte strømmer til HSYK

Det er lite valg av sykehus i HSYK basert på antall registrerte gjestepasienter i de kirurgiske fagene. Det er i flere fag enkeltpasienter som har valgt, men ikke tilstrekkelig til at det kan beregnes kapasitet for dette. Som anerkjennelse av kvalitet er alle pasienter som velger HSYK viktig.

Pasientstrømmer innad i HSYK

På de fagområdene med like funksjoner praktiseres inndeling i geografiske opptaksområder for de tre sykehusene. For de ensidige fagene benyttes disse som Helgelandsfunksjoner.

9.4.3 Trender, utviklingstrekk, nye forutsetninger

Særlige føringer i Nasjonal helse og sykehusplan

Det er ikke gitt særlige føringer for de kirurgiske fagene

Faglig utviklingstrekk

Utviklingen innen somatisk medisin skjer raskt. Det er klart at det i løpet av de neste 10-årene vi skje endringer, og erfaringer fra siste 10-årene viser at endringene kan bli relativt radikale. Det er ikke like lett å forutsi hvor endringene kommer først. En trend i utviklingen, utprøving og innføring av moderne kirurgiske metoder er at disse skjer først i de sentrale enheter (universitetssykehus, større sykehus og spesialklinikker). Denne utviklingen er tett knyttet til billediagnostiske fagmiljø. En del metoder blir deretter tilgjengelig for mindre sykehus. Noen behandlingsformer som erstatter kirurgi kan også overføres sykehus til allmenmedisiner, men dette gjelder i liten grad de kirurgiske metodene.

Legemiddelteknologi gjør at noen problemstillinger kan behandles uten kirurgi. Trenden forventes å fortsette.

Et overordnet utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten gjennom flere 10-år er at døgnbehandling reduseres og erstattes av dag og poliklinikk. Den medisinske teknologiutviklingen muliggjør dette, og trenden forventes å fortsette. Selv om HSYK i sammenligningsdata ligger høyt i dag- og polikliniske tjenestetilbud antas potensialet ikke å være tatt ut ¹⁹.

Kirurgiske metoder forbedres. Utviklingen innen kirurgisk behandling går mot mer teknisk krevende kirurgi som gir mindre vevsødeleggelse og traumatisering. Moderne teknologi øker presisjon og reduserer komplikasjoner. Konsekvensen er ofte at liggetid går ned, eller erstattes av dagbaserte tjenester. Samtidig utvides indikasjonsområdene og muligheten for å ta flere pasientgrupper (for

¹⁹ Helgelandspsykehuset HF Benchmarking Somatikk, prosjektrapport 2019

eksempel pasienter i høyere alder). Denne utviklingen krever større volum i form av antall operasjoner per kirurg for å oppnå tilstrekkelig kompetanse. I tillegg vil krav til støttefunksjoner, strukturert opplæring og veiledning i nye spesialistutdanninger.

Robotassistert laparoskopiske kirurgi vil i årene fremover overta for dagens mini-invasive kirurgi.. Posisjoneringsystemer er i dag i bruk hovedsakelig innen ortopedi, men vil forventes å få økende utbredelse også innen andre områder. Vi ser en rivende utvikling i bildedannende utstyr med stadige forbedringer i oppløsning og virkelighetsoppfatning (4k, 3-D, Virtual Reality) (kilde OUS).

Kostnad ved drift av høyteknologisk virksomhet vil også være en kraftig driver for økt sentralisering. Utviklingen innen kreftkirurgi med sentralisering av stadig flere prosedyrer er et uttrykk for dette.

Kommunikasjonsteknologi muliggjør at større deler av pasientforløp i lokalsykehus kan gjennomføres desentral poliklinikk, i førstelinjetjenester, eller hjemme. Covid19 har akselerert bruken av eksisterende teknolog til tjenester på distanse. Kommunikasjonsteknologi med effektive brukergrensesnitt øker mulighet for sanntids nettverksdialog med fagkompetanse på andre sykehus, innad i HSYK og utenfor. En negativ effekt av de digitale konsultasjonene er at innleggende lege eller henvisende lege ikke selv har undersøkt pasienten. Dialogfunksjoner i EPJ-systemene mellom henviser og spesialist, som ikke er «henvisning» eller «svar på henvisning» bidrar til avklaringer uten at pasienten blir belastet med reiser. Digitale bilder av problemstillinger, som følger henvisningen er et nyttig supplement til skriftlig henvisning. Enkle bilder av hudoverflater, sår, og andre unormale forhold kan redusere unødvendig reiser for pasienten (forutsatt at bilder kan håndteres innenfor den digitale sikkerhetsbarrieren som er etablert for å ivareta personvern)

Telemonitorering er under stadig utvikling. Det er flere prosjekter i inn og utland hvor telemonitorering prøves ut på nye områder. Det er et potensial for mindre sykehus å knytte fagmiljøene tettere til større sykehus, og mellom lokasjonene i HSYK med digitale overføringer av data, i sanntid.

Det er de siste årene gjort flere ekspertgjennomganger av kirurgiske metoder som ikke anbefales videreført (i regi av Beslutningsforum). Det forventes at flere metoder gjennomgår slike vurderinger og vil gi endringer i aktivitet.

Økt tilgang til sammenligningsdata basert på NPR-data, kvalitetsregistre og helseregistre (bla Helseatlas) vil vise forskjeller som ikke kan forklares med sykkelighet i befolkningen («tilbudsstyrt forbruk»). Synliggjøring av store avvik viser endringspotensial og er grunnlag for endringer av aktivitet. Dette kan gi utslag i behov for økt tilbud eller redusert tilbud.

For mange sykdomsgrupper er det utviklet nasjonale pakkeforløp som stiller krav til god diagnostikk og behandling, og tidskrav i forløpene. Det forventes innføring og forbedring av nasjonale pakkeforløp, med tidskrav og krav til innhold. Pakkeforløp med definerte krav vil kunne endre prioriteringer mellom pasientgrupper. Elektive pasienter med korte frister skal ha prioritet, og forskyver prioritet for pasienter med mindre hast.

Framskrevet utvikling

Beregninger er gjort i nasjonal framskrivingsmodell basert på dagens aktivitet. Økende antall eldre er en sentral faktor for utvikling.

Samlet for faggruppene

Tabell 9.4-2 presenterer samlet aktivitet registrert ved Kirurgisk avdeling (inkl. plastikk-kirurgi og urologi), Ortopedisk avdeling, Øre-nese-hals avdeling og Øyeavdelingen i 2018 framskrevet til 2035. Foruten presentert aktivitet for kirurgiske liggedøgn og døgnopphold, er det også en del kirurgi der

pasienter ikke er registrert ved oppgitte avdelinger. Majoriteten av dette volumet finnes ved Kvinne- og fødeavdelingen og til dels Medisinsk avdeling i HSYK.

Tabell 9.4-2 Aktivitetsframskriving registrert ved Kirurgisk avdelin (inkl. plastikk-kirurgi og urologi), Ortopedisk avdeling, Øre-nese-hals-avdelingen og Øyeavdelingen, HSYK år 2018 til 2035. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Helgelandssykehuset HF – Kirurgisk avdeling inkl. plastikk-kirurgi og urologi, Ortopedisk avdeling, Øre-nese-hals-avdeling og Øyeavdeling – Aktivitet år 2018 framskrevet til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Liggedøgn	13 390	14 959	11,7 %
Hvorav kirurgiske liggedøgn	6 025	6 880	14,2 %
Døgnopphold	3 645	3 832	5,1 %
Hvorav kirurgiske døgnopphold	1 353	1 431	5,8 %
Dagkirurgi	2 537	3 004	18,4 %
Poliklinikk og dagbehandling (ekskl. dagkirurgi)	40 751	55 441	36,0 %

Tabell 9.4-3 vises tilsvarende aktivitetstall per kirurgisk fagenhet/avdeling for et samlet HSYK i 2018 framskrevet til 2035.

Tabell 9.4-3 Aktivitetsframskriving generell kir., plastikk-kir., urologi, ortopedi, øye og ØNH, HSYK år 2018 til 2035. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Helgelandssykehuset HF – Generell kir. (Kirurgisk avd. ekskl. fagenhet plastikk-kir., urologi) – Framskrevet aktivitet - år 2018 til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Liggedøgn	8 802	10 021	13,8 %
Hvorav kirurgiske liggedøgn	2 924	3 544	21,2 %
Døgnopphold	2 373	2 482	4,6 %
Hvorav kirurgiske døgnopphold	520	549	5,6 %
Dagkirurgi	748	877	17,2 %
Poliklinikk og dagbehandling (ekskl. dagkirurgi)	11 910	16 107	35,2 %
Helgelandssykehuset HF – Plastikk-kirurgi (Kirurgisk avdeling fagenhet plastikk-kirurgi) – Framskrevet aktivitet - år 2018 til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Liggedøgn	156	111	-28,8 %
Hvorav kirurgiske liggedøgn	118	65	-44,9 %
Døgnopphold	83	60	-27,7 %
Hvorav kirurgiske døgnopphold	74	50	-32,4 %
Dagkirurgi	190	252	32,6 %
Poliklinikk og dagbehandling (ekskl. dagkirurgi)	669	859	28,4 %
Helgelandssykehuset HF – Urologi (Kirurgisk avdeling fagenhet urologi) – Framskrevet aktivitet - år 2018 til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Liggedøgn	369	358	-3,0 %
Hvorav kirurgiske liggedøgn	190	182	-4,2 %
Døgnopphold	236	277	17,4 %
Hvorav kirurgiske døgnopphold	151	187	23,8 %
Dagkirurgi	239	345	44,4 %
Poliklinikk og dagbehandling (ekskl. dagkirurgi)	3 676	5 185	41,4 %
Helgelandssykehuset HF – Ortopedi (Ortopedisk avdeling) – Framskrevet aktivitet - år 2018 til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035

Liggedøgn	3 969	4 406	11,0 %
Hvorav kirurgiske liggedøgn	2 704	3 026	11,9 %
Døgnopphold	861	946	9,9 %
Hvorav kirurgiske døgnopphold	521	582	11,7 %
Dagkirurgi	698	808	15,8 %
Poliklinikk og dagbehandling (ekskl. dagkirurgi)	10 323	12 804	24,0 %
Helgelandssykehuset HF – Øye (Øyeavdelingen) – Framskrevet aktivitet - år 2018 til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Dagkirurgi	150	208	38,7 %
Poliklinikk og dagbehandling (ekskl. dagkirurgi)	2 358	3 611	53,1 %
Helgelandssykehuset HF – Øre-nese-hals (Øre-nese-hals-avdelingen) – Framskrevet aktivitet - år 2018 til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018 til 2035
Liggedøgn	94	62	-34,0 %
Hvorav kirurgiske liggedøgn	89	63	-29,2 %
Døgnopphold	92	66	-28,3 %
Hvorav kirurgiske døgnopphold	87	63	-27,6 %
Dagkirurgi	512	514	0,4 %
Poliklinikk og dagbehandling (ekskl. dagkirurgi)	11 814	16 875	42,8 %

Tarmkreftscreening som vil bli innført fra 2021. Det vil kreve økt kapasitet. Det omtales i kapittel 9.3.5

Øye-aktiviteten omfatter aktivitet i sykehus. Avtalespesialisters aktivitet kommer i tillegg. Reduksjon i kapasitet hos avtalespesialist vil gi store utslag i behov for kapasitet i sykehusene.

9.4.4 Utvalgte pasientforløp

Modell-beskrivelser av pasientforløp er beskrevet i kapittel 8.2.

Akutte pasientforløp (modell E i kapittel 8.2)

Akuttforløpene som omfatter innleggelse i ortopedi, urologi eller kirurgi er, på modellnivå, mulig å videreutvikle i henvisningsfasen, under opphold og i utskrivingsfasen (jfr modell)

Pasientene legges inn med mistanke om sykehustrengende diagnoser, mens for en relativt stor andel pasienter er hovedproblemstillingen knyttet til svikt i egenomsorg (R-diagnoser ol). For noen av disse pasientene er det mulighet for å forhindre unødvendig innleggelse i sykehus gjennom god faglig dialog med innleggende lege, tidlige diagnostiske tiltak (for eksempel rtg etter fall), og tilgang til kommunal akutt plass, intermedisærseng i DMS eller annen tjeneste på lavere nivå. Mange kommuner har pt ikke ledig kapasitet.

Ved innleggelse i sykehuset kan en avklare behovet for spesialisthelsetjeneste i observasjonsenhet (se omtale i kapittel 9.3 indremedisin) for å unngå innleggelse i de sengepostene. En tidlig avklaring vil gi et godt grunnlag for videre forløp inn i sykehuset. Dersom det skal være mulig å «snu» pasienten før innleggelse i spesialiserte poster sykehusoppholdet må det være kapasitet i tjenester på lavere nivå.

I siste del av spesialisthelsetjenesten er det potensial for tidligere utskrivning mot kommunale senger eller DMS. Pasienthotell kan også være et trappetrinn på vei ut som alternativ til sengepost.

Pasienthotell er egnet for pasienter som ikke har behov for døgnkontinuerlig pleie og overvåking, men som av medisinske årsaker bør være nært/i sykehuset.

Det antas at potensialet tilsvarer forventet endring i den nasjonale framskrivingsmodell.

Elektive kirurgiske forløp

Modell D viser planlagte elektive pasientforløp. Pasienter får utredet behandlingsbehovet i Helgelandssykehuset og det blir henvist til behandling. Pasienter kan velge behandlingsted. Det er en rekke pasienter som velger behandling utenfor foretaket. Det er mye usikkerhet om hvor mange pasienter som velger fordi det er mangelfulle registreringer, og det er lite eksakt kunnskap om hvorfor pasienter velger. Vi vet at ventetid er en faktor, likeledes er pasienten opptatt av metoder og kvaliteter, som ofte knyttes til større sykehus. Det er noe kunnskap om at pasienter også velger sted nært familie for å få hjelp i perioden etter at behandlingsopphold er avsluttet. Arbeidsgruppen har vurdert muligheten for å påvirke pasientvalg ved tidlig relasjonsbygging mellom behandler og pasient tidlig i forløpet. Dette krever god tilgjengelighet for poliklinisk utredning

Dagbaserte pasientforløp (modell A,B og C i kapittel .8.2)

I de dagbaserte forløpene er potensialet for endring i to kategorier. Det ene er antall unødvendige kontroller på spesialistnivå som forutsettes redusert. Volumet vil da gå ned. Av kategorien *kontroll* er noe behandling og noe kontroll av behandlingseffekt. Det er knyttet stor usikkerhet til hvor stor andel som er unødvendig. Når sykehusene prioriterer fristbrudd og andel som ikke blir kontrollert går ned.

Det andre er andel av kontaktene som kan gjøres digitalt i fra spesialisthelsetjenesten. Dette endrer ikke antall konsultasjonen, men gjennomføringen gir mindre reisebelastning og redusert behov for servicefunksjoner i poliklinikkene. En del av kontrollene kan utføres digitalt. Faggruppen poengterer at digitale løsninger må brukes etter faglig vurdering.

9.4.5 Framtidig oppgavefordeling og endringer i pasientstrømmer

I arbeidsgruppene er det tatt utgangspunkt i de føringer som er gitt for «skal-fagene» og «foreslått-fagene». I de spesialiteter og funksjoner som ikke er spesifisert i foretaksprotokollen har en tatt utgangspunkt i føringene som er gitt om å bygge på hvor ressursene er lokalisert i dag. Gruppen har vurdert om det er avhengigheter eller potensial i samarbeid mellom fag som tilsier andre anbefalinger (omtales under). Videre har gruppen vurdert ambulerende tjenester til Mosjøen, DMS Sør-Helgeland og mellom sykehusene (omtales under)

Ortopedi skal fortsatt lokaliseres til MIR og ha døgnbasert akuttberedskap. Den positive erfaringen med skjermet elektivlinje anbefales videreført. Dagkirurgi i Mosjøen er ikke innenfor oppdraget i foretaksprotokollen og saksunderlaget i styresak 137-2019. I tillegg vil bortfallet av støttetjenester for kirurgisk virksomhet, sengeposter for pasienter med behov for forlenget liggetid, ikke fast anestesi og reduserte kliniske servicefunksjoner gjør tjenesten ressursmessig for sårbar i Mosjøen. Elektivlinje foreslås etablert i sykehuset i MIR, forutsatt at dagkirurgi i Mosjøen ikke lar seg gjennomføre.

Generell kirurgi er lokalisert i MIR, SSJ og MSJ, og skal ha døgnbasert akuttberedskap. For generell kirurgi er det i forarbeidet til foretaksmøte lagt vekt på tilgjengelighet for akutte tilstander med høy grad av hast. Begrunnelsen for ikke å forskyve faglig aktivitet mot ett av sykehusene er primært behovet for å opprettholde kompetanse og grunnlag for vaktgående tjenester i begge sykehus. De

faglige vurderingene om tarmkreftkirurgi behandles i eget prosjekt som konkluderer i november 2021. Antall operasjoner pr år er lavt og vil ikke endre grunnlaget for dimensjonering.

I foretaksmøtets vedtak legges til grunn at akuttkirurgi skal avvikles i MSJ. I styresak 137-2019 ble det, som begrunnelse for modellvalg med 2 sykehus, lagt vekt på god geografisk tilgjengelighet for pasienter i både indre og ytre Helgeland. Planmessig blir kapasiteten i MSJ overført til sykehuset som er nærmest i forhold til bostedsområdene. For opptaksområdene Vefsn, Grane og Hattfjelldal er SSJ nærmest. Etter prinsippet om ett HSYK kan pasienter henvises på tvers hvis praktiske forhold tilsier dette (for eksempel overbelegg). For ortopedi er MR nærmest.

Anestesi skal ha døgnbasert akuttberedskap i MIR og SSJ.

Urologi er anbefalt lokalisert i SSJ i tråd med vedtaket. Urologi er et fag med for få spesialister og fagmiljøet anbefales ikke delt. Det er ikke grunnlag for selvstendig akuttberedskapsordning med spesialister i urologi, men eksisterende ordningen med urologi akuttberedskap og oppfølging i samarbeid med kirurgisk beredskapsordning anbefales videreført.

ØNH er i dag lokalisert til SSJ. Tjenesten er dagbasert med innleggelsesmulighet for pasienter med døgnbehandlingsbehov anbefales videreført. Fagområdet har store pasientgrupper, men pga av relativt få spesialister anbefales ikke deling av fagmiljøet. ØNH anbefaler å supplere tjenestetilbudet med avtalespesialist lokalisert i søndre del av HSYKs opptaksområde.

Plastikk-kirurgi er anbefalt lokalisert i SSJ i tråd med vedtaket. Tjenesten videreføres som dagbasert tjeneste uten akuttberedskap.

Helseforetakets øyeavdeling er anbefalt lokalisert i SSJ. Tjenesten videreføres som dagbasert tjeneste. Tjenesten anbefales lagt til et sykehusmiljø (ikke i MSJ) av hensyn til infrastrukturene i sykehus. Begrunnelsen for å anbefale å legge øyefaget til SSJ beskrives i neste kapittel om tverrfaglighet. Endringer i avtalespesialistordningen kan medføre endringer i kravene til kapasitet.

Særlig om hensynet til tverrfaglighet (mellom de kirurgiske fagene)

Det er vurdert om de foreslåtte asymmetriske strukturene i foretaksprotokollen skulle foreslås avveket som følge av avhengigheter til andre fag. Det er identifisert fordeler med samling av forskjellige fag. Det er ikke framkommet avhengigheter som tilsier at virksomhet ikke blir forsvarlig hvis ikke en eller flere av «foreslått-fagene» er til stede. Det er vist til mulig gevinstpotensial i samlokalisering av urologi og gynekologi. Gynekologi er lokalisert i begge sykehusene og gynfaget kan kanalisere pasienter til sykehuset med urologi, uansett hvor urologi lokaliseres.

Det er identifisert gevinstpotensial med samlokalisering av øye, ØNH, hud, (nevrologi), ortopedi og plastikkirurg. Spesialistmiljøene i disse fagene anbefaler utvikling av hode-halsklinikk som samarbeidsløsning mellom ØNH, øye, hud og plastikk-kirurgi, i SSJ (her omtales «klinikk» som klinisk tilbud. Organisasjons-struktur ligger utenom mandatet). Noen av pasientene er pasienter som henvises til sykehusene allerede, mens samling av tjenester muliggjør tilbud til flere pasienter som i dag ikke har tilbud. Den faglige utvikling må skje over tid, og omfanget av den nye tjenesten er på skisseplan. Det er foreløpig beregnet behov for 1 døgnplass i tillegg til noe økt operasjonskapasitet og poliklinikk-rom.

Det er identifisert gevinster av samarbeid mellom ortopedi og plastikk-kirurgi om lappeplastikk. Det i seg selv er ikke grunnlag for å anbefale endret struktur på «skal-faget» ortopedi. Det anbefales å etablere samarbeidsløsninger med ambulerende aktivitet mellom sykehusene.

Ambulering

Ambulering (lege) av de kirurgiske fagene mellom sykehusene, og mellom sykehus og de desentrale tjenestene i Mosjøen og Brønnøysund er vurdert. Faggruppen har i utgangspunktet ambisjoner om å møte flere pasienter desentralt, men at dette til enhver tid må vurderes ut fra personellressurs-situasjonen. Det understrekes at ambulering gir mindre reisebelastning for pasienten, men også mulighet for å bygge gode relasjoner med pasienter slik at en unngår utilsiktet pasientlekkasjer. I hht foretaksprotokollen og forarbeidet i styresak 137-2019, som omhandler poliklinikktilbud i MSJ, skal en prioritere pasienter med hyppige behov for tjenester og stor belastning med reise. (se modell B og C i kapittel 8.2) Noen av pasientene som fyller kravene til reisebelastning må allikevel reise noe til sykehus av hensyn flerfaglighet, utstyr mm. I et langsiktig perspektiv (mot 2035) vil ressurser som skal fordeles og pasientbehovene endres. Videre er det avhengig av hvilke tjenestetilbud kommunene etablerer samlokalisert med poliklinikkene. For å vurdere tilstrekkelig romkapasitet i de desentrale poliklinikkene beregnes andel av pasientgruppene med beregnet behov for poliklinikk. På Sør-Helgeland skal poliklinikkene dekke 80% av de polikliniske tjenestene for befolkningen i de fire kommunene i sør. For Vefsn, Grane og Hattfjelldal beregnes 50% dekning. (Innholdet i DMS-Sør-Helgeland er planlagt i hht vedtak i styresak 50-2018 og tas kun til etterretning i dette planarbeidet)

I den faglige diskusjonen er det også vurdert behov for ambulering mellom sykehusene, for de fagene som bare finnes i en av lokasjonene, av hensyn til tverrfaglige aktiviteter og for å redusere reisebelastning til pasienter. Dette er fag med relativt få ansatte spesialister. Disse fagene har ikke mulighet til utstrakt ambulering uten at basisfunksjonen i sykehusene svekkes. Det er nødvendig å vurdere hvert tjenestetilbud for seg, og de fagmiljøene med færrest spesialister må prioritere strengere enn større fagmiljø. Det må påregnes varierende tilbud i planperioden fordi permisjoner, turnover ol gir store negative konsekvenser for kapasitet, mens økt rekruttering gir muligheter for å utvide

ØNH vil prioritere tjenester i MIR og BRS. MSJ prioriteres ned fordi det er kortere reiseavstanden til SSS & omegn. Dersom det opprettes avtalehjemmel i søndre Helgeland/Brønnøysund kan muligheten for desentrale ØNH-tjenester til Mosjøen revurderes. Audiograftjeneste prioriteres derimot til alle de 4 byene på Helgeland, enten via fastansettelse eller ambulering. Det er Helse Nord som fordeler og tildeler avtalespesialisthjemler.

Ortopedi prioriterer poliklinikk i MSJ inntil 1-2 dager pr uke. i tillegg kommer desentral poliklinikk i BRS (møte tidlig)

Fagmiljø i urologi er innstilt på å tilby urologisk poliklinikk 1-2 dager / uke i MSJ og uroterapeut skal ha poliklinikk 1-2 dager / uke i MSJ.

For øyefaget er det avtalespesialist i MSJ som dekker deler av de polikliniske tjenestene i Mosjøen

Screeningprogrammer for tarmkreft blir etter plan innført i HSYK i 2022. Metode og praktisk organisering er ikke avklart. Målgruppen er 55 år, og frekvensen pr pasient er lav. Det er en pasientgruppe som i utgangspunktet er frisk, og reisebelastningen vektlegges derfor ikke. Det blir ikke planlagt endoskopirom i MSJ se omtale i kapittel 9.3 *indre medisiner*

9.4.6 Utviklingsområder

Målet om å realisere ett sykehus står sentralt i videre utvikling. Det er en befolkning og fagpersonell er felles ressurs. Det er behov for tettere samarbeid mellom sykehusene om behandling. Faglig samordning (felles prosedyrer, samordnet utstyr, felles kriterier for inntak osv) underbygger likeverdighetsprinsippet for pasientene i ulike bostedsområder og vil kunne heve kvalitet på behandlingstilbudet. Dette vil også understøtte veksling mellom sykehusvirksomheten og desentral

virksomhet. Samhandling om opplæring og utdanning, og samarbeid på tvers om pasientstrømmer i perioder med ujevn belastning, i ferie, når personell har utdanningspermisjon ol vil kunne understøtte stabilisering og rekruttering.

Det er foreslått tverrfaglig samarbeid mellom plastikk-kirurgi, hud, øye og ØNH, om felles pasientgruppe. Samlokalisering i SSJ & omegn gir muligheter for kvalitetsheving i behandlingen av pasienter som allerede henvises til de ulike spesialitetene. I tillegg er det et potensial til å bygge tilbud for pasienter som i dag ikke har tilbud. Det er gjennom arbeidet med utviklingsplanen beskrevet en mulighet for etablering av en «hode/halsklinikk» mellom disse fagmiljøene, og utvikle tilbud til pasienter med problemstillinger som det offentlige ikke gir tilbud i dag. Plastikkmiljøet ser også muligheter for tettere samarbeid med ortopedi om lappeplastikker. Dette er tjenester har base i ulike lokasjoner. Dette anbefales konkretisert i videre utviklingsarbeid

Kirurgisk elektiv virksomhet kan etableres i skjermede elektivlinjer. Konkret er det forslag om skjermet elektivlinje i ortopedi i MIR. Dette gir effektiv ressursutnyttelse i ortopedi, øker tilgjengelighet for pasienter og understøtter LIS-utdanningen. Arbeidsgruppen peker på at det må være nok operasjonskapasitet til å ikke bli avbrutt av øyeblikkelig hjelp og av pasienter som får korte frister i nasjonale pakkeforløp.

Det anbefales å prioritere forbedring av pasientforløp gjennom tettere samarbeid med kommunale tjenester og også spesialiserte tjenester i andre helseforetak. Dette understøtter helhetlig og sømløse forløp for pasienten og god ressursutnyttelse. Samarbeid om kompetanseheving sammen med kommuner, fastleger og større sykehus er viktig for helhetlig kompetanse i pasientforløpene. Ved planlegging av pasientforløp på tvers av helseforetak gir det muligheter for å ta større del av forløpet i HSYK. Dette kan understøttes av digitale samhandlings og konsultasjonsløsninger (hjemmebaserte konsultasjoner, hjemmemonitorering, Helsesrom med pasient og primærhelsetjenester, konsultasjoner med spesialister i andre sykehuslokasjoner i HSYK og på høyere nivå)

Arbeidsgruppen har vurdert muligheter for rullerende anesthesiologi-praksis fra sykehusene i luftambulansetjenesten i Brs. Dette kan være en del av LIS-program og også som rekrutteringsvirkemiddel. (supplerende notat)

Arbeidsgruppen ser behov for avtalespesialisthjemmel i ØNH som virkemiddel for å øke kapasitet til ambulering. Avtalespesialisthjemmel anbefales i søndre del av foretaket. Det er HN som inngår avtale om hjemler.

Øyefaget kan stå foran et betydelig kapasitetsunderskudd hvis avtalespesialistkapasiteten ikke opprettholdes. Sykehusvirksomheten står for kun en liten del av den samlede kapasitet. Arbeidsgruppen har ikke grunnlag for å vurdere tiltak. Det er HN som har oversikt over hvordan utviklingen vil være for eksisterende og nye hjemler.

Det er i Helse-Nord en større pasientlekkasje og lange ventelister grunnet lite kapasitet og lang ventetid på ortopedisk kirurgi. Den ortopediske virksomheten på Helgeland må sees i sammenheng med hele det ortopediske tilbudet i helse nord.

I nye Helgelandssykehuset er det planlagt bygningsmessige forbedringer. Det er kjøpt tilleggsareal i Selfors sykehjem som øker fleksibilitet i planleggingen. Ortopedi anbefaler at de særlige krav som stilles til «rene» sengeposter pga implantatoperasjoner ivaretas i det videre arbeidet. Dette gir også mulighet for å se kapasiteten som er beregnet for ortogeriatreri i sammenheng med øvrige enheter for ortopedi. Dette vurderes videre i neste fase. .

Ortopedisk avd. ved Helgelandssykehuset er motivert til å bidra til å hindre pasient lekkasje og kortere venteliste. Pr. nå er HSYK en av de mest produktive ortopedisk avd. i Helse- Nord. I videre planlegging med Helgelandssykehuset anbefales at det planlegges økt operasjonskapasitet for å redusere ventelistene i ortopedi HN. Det er så langt ikke grunnlag for å tallfeste dette, men det skal vurderes videre i neste fase.

I HSYK har det over tid vært tradisjon for at det jobber fysioterapeuter og ergoterapeuter med lang ansiennitet. Dette legger et godt grunnlag for at disse faggruppene kan bidra inn mot etterkontroller etter operasjon for å frigjøre legeressurser. Videre kan disse faggruppene samt ernæringsfysiolog i større grad benyttes til å gi preoperativ informasjon/kartlegging. Hensikten er å redusere usikkerhet og stress samt å forberede pasienten til rekonvalesensperioden. Totalt vil godt planlagte innleggelser kunne bidra til å redusere antall liggedøgn.

9.4.7 Dimensjonering

I tabell 9.24-4 vises beregnede kapasiteter basert på framskrevet aktivitet til 2035. Kapasitetsbehovet er i sin helhet framskrevet av Sykehusbygg ved bruk av nasjonal framskrivingsmodell (eiet av RHF-ene). For HSYK er kapasitetene ved poliklinikk tilpasset med lavere brukstid (6 timer), mot 8 timer i basisforutsetningene. Her er kun presentert sengebehov, dagbehandlingsplasser og generelle poliklinikkrom. Spesialrom for de ulike fagområdene vil komme i tillegg. Kapasitetene er også presentert med desimaltall, og vil avrundes opp til nærmeste hele tall ved dimensjoneringsberegninger.

Tabell 9.4-4 Kapasitetsberegning generell kir., urologi, ortopedi, plastikk-kir., ØNH og øye, HSYK fordelt på lokasjon år 2035.

Helgelandssykehuset HF – Generell kir. (Kirurgisk avd. ekskl. fagenhet plastikk-kir., urologi) - Framskrevet kapasitetsberegning - år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Senger samlet	-	13,2	0,7	18,8	32,6
Normalseng	-	11,9	0,6	16,4	28,8
Observasjonsseng	-	0,3	-	0,5	0,8
Pasienthotellseng	-	1,1	0,1	1,9	3,0
Dagplass					
Kjemoterapi plass	-	2,3	-	1,4	3,7
Infusjons plass	-	0,1	-	-	0,1
Poliklinikkrom	0,1	2,3	1,8	2,4	5,6
Helgelandssykehuset HF – Plastikk-kirurgi (Kirurgisk avd. fagenhet plastikk-kirurgi) - Framskrevet kapasitetsberegning – år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Senger samlet					
Normalseng	-	0,2	0,2	0,1	0,5
Observasjonsseng	-	-	-	-	-
Pasienthotellseng	-	-	-	-	-
Poliklinikkrom	-	-	0,4	-	0,4
Helgelandssykehuset HF – Urologi (Kirurgisk avdeling fagenhet urologi) - Framskrevet kapasitetsberegning – år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Senger samlet					
Normalseng	-	0,2	0,8	0,2	1,2
Observasjonsseng	-	-	-	-	-
Pasienthotellseng	-	-	-	-	-
Dagplass/rom					
Endoskopirom	-	-	0,7	-	0,7
Poliklinikkrom	-	0,2	1,4	0,2	1,8
Helgelandssykehuset HF – Ortopedi (Ortopedisk avdeling) – Framskrevet kapasitetsberegning - år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Senger samlet	-	13,9	-	-	13,9
Normalseng	-	13,2	-	-	13,2
Observasjonsseng	-	0,3	-	-	0,3

Pasienthotellseng	-	0,4	-	-	0,4
Poliklinikkrom	-	5,2	0,2	1,0	6,4
Helgelandssykehuset HF – Øye (Øyeavdelingen) - Framskrevet kapasitetsberegning – år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Poliklinikkrom	-	-	1,4	-	1,4
Helgelandssykehuset HF – Øre-nese-hals (Øre-nese-hals-avdelingen) - Framskrevet kapasitetsberegning – år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Senger samlet					
Normalseng	-	-	-	0,2	0,2
Observasjonsseng	-	-	-	-	-
Pasienthotellseng	-	-	-	-	-
Poliklinikkrom	-	1,6	0,3	4,9	4,9

Merknad. Beregnede kapasiteter for operasjonsstuer (døgn- og dagkirurgiske stuer) og plasser for dagkirurgisk oppvåkning holdes utenfor beregnede kapasiteter illustrert i tabell. Beregnet med standard forutsetninger og utnyttelsesgrader i Framskrivingsmodellen - ekskl. antall timer effektiv drift, som er beregnet med 6 timer for dagplass/rom og poliklinikkrom.

9.5 GYNEKOLOGI (KVINNESYKDOMMER) OG FØDSELSOMSORG

Tjenester innenfor gynekologi og fødselsomsorg tilbys i dag på fire lokasjoner, MIR, MSJ, SSJ og BRS.

Tabell 9.5-1 Funksjoner og aktivitet innenfor Gynekologi og fødselsomsorg, fordelt på de fire lokasjonene i HSYK i 2021

Helgelandssykehuset HF – Funksjoner og aktivitet innenfor gynekologi og fødselsomsorg etter lokasjon – per 2021				
	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen
Gynekologi	Poliklinikk (ambulering fra Sandnessjøen) Medisinsk dagbehandling (medisinsk abort)	Døgnopphold, dagkirurgi, medisinsk dagbehandling (kjemoterapi, kirurgisk og medikamentell abort), poliklinikk	Poliklinikk (ambulering fra Sandnessjøen) Dagbehandling, kjemoterapi	Døgnopphold, dagkirurgi, medisinsk dagbehandling (kjemoterapi, kirurgisk og medikamentell abort) poliklinikk
Fødselsomsorg	Jordmorstyrt fødestue; døgn, svangerskaps-poliklinikk Dagbehandling; svangerskapskvalme Kommunale jordmortjenester	Fødeavdeling; døgn, svangerskaps-poliklinikk Dagbehandling; svangerskapskvalme Kommunale jordmortjenester	Svangerskaps-poliklinikk	Fødeavdeling; døgn, svangerskaps-poliklinikk Dagbehandling; svangerskapskvalme Kommunale jordmortjenester

9.5.1 Dagens virksomhet

Tabell 9.5-2 viser totalaktiviteten ved Kvinne- og fødeavdelingen²⁰ i Helgelandssykehuset fordelt på lokasjon i 2018.

Helgelandssykehuset HF - Kvinne- og fødeavdelingen – år 2018					
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Liggedøgn	91	1 409	0	1 781	3 281
Døgnopphold	42	444	0	615	1 101
Døgnkirurgi	0	130	0	190	320
Dagkirurgi	12	316	8	359	695
Poliklinikk og dagbehandling	1 006	4 929	1 034	3 507	10 476

Tabell 9.5-2 Total aktivitet ved Kvinne- og fødeavdelingen i Helgelandssykehuset, fordelt på lokasjon i

Poliklinisk aktivitet i BRS og MSJ bemannes av gynekolog som ambulerer fra SSJ. For svangerskapspoliklinikk er det jordmødre ansatt på hver lokasjon som utfører konsultasjonene.

Gynekologi består av diagnostikk og behandling av sykdommer i kvinnelige kjønnsorgan. Det er kirurgisk virksomhet i Sandnessjøen og Mo i Rana og poliklinikk ved alle fire lokasjoner. En oversikt over all aktiviteten er presentert i tabell 9.28-3.

²⁰ Aktiviteten ved Kvinne- og fødeavdelingen er knyttet til flere organisatoriske fagenheter. Aktiviteten gynekologi defineres som aktivitet ved fagenhet Kvinnesykdommer og fødselsomsorg defineres som aktivitet ved fagenhet Føde. Foruten nevnte fagenheter, er det registrert aktivitet ved fagenhetene Gastro-generell kirurgi og Nyfødt. Dette gjelder små volum og aktiviteten presenteres ikke i egne tabeller videre i kapitlet.

Tabell 9.5-3 Aktivitet innen **Gynekologi** i Kvinne- og fødeavdelingen i 2018. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Helgelandssykehuset HF - Kvinne- og fødeavdelingen – Gynekologi – år 2018					
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Liggedøgn	5	308	0	431	744
Døgnopphold	2	112	0	207	321
Døgnkirurgi	0	78	0	131	209
Dagkirurgi	12	310	8	353	683
Poliklinikk og dagbehandling	707	3 213	274	2 576	6 770

Tall fra norsk Helseatlas²¹ fra 2015-2017 viser at det ble utført flere hysterektomier enn sammenlignbare helseforetak. Det pågår nå en studie ved HSYK Sandnessjøen som ønsker å kartlegge årsak til dette. Tabell 9.5-4 viser antall hysterektomier utført i HSYK og andre HF, Helse-Nord og Norge, samt forbruk per 10 000 innbyggere 16 år og eldre i 2018.

Tabell 9.5-4 Antall hysterektomier utført i HSYK i 2018, og forbruk per 10 000 innbyggere 16 år og eldre i opptaksområdet Helgeland og andre HF, Helse Nord og Norge. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Opptaksområde tilhørende Helgeland, Finnmark, Nord-Trøndelag, Førde og Helse Nord RHF			
Antall gjennomførte hysterektomier og forbruk per 10 000 kvinnelige innbyggere 16 år og eldre etter opptaksområde - år 2018			
Opptaksområde	Hysterektomier (antall)	Innbyggere år 2018 (antall)	Forbruk per 10 000 innbygger (antall)
Helgeland	96	31 280	31
Finnmark	85	30 231	28
Nord-Trøndelag	157	56 156	28
Førde	72	43 713	17
Helse Nord	497	195 871	25
Norge	4 836	2 139 995	23

Nesten all kirurgi for behandling av kreft i kvinnelige kjønnsorgan foregår i andre helseforetak, hovedsakelig ved UNN Tromsø (tabell 9.5-5).

Tabell 9.5-5 Gynekologisk kreftkirurgi utført i 2018 for pasienter fra opptaksområdet til HSYK, fordelt på HF. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Opptaksområdet til Helgelandssykehuset HF kommunenummer 1812-1836		
Gynekologisk kreftkirurgi – år 2018		
Helseforetak	Liggedøgn (antall)	Kirurgiske inngrep (antall)
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	79	20
Helgelandssykehuset HF	12	4
St. Olavs Hospital HF	2	2
Sum helseforetak	93	26

Det var utført fire kreftoperasjoner i

Helgelandssykehuset i 2018.

Mikroinvasive cancere i cervix/corpus uteri (livmorhals/livmorlegeme) blir operert i HSYK etter konferanse med UNN Tromsø. Noen krefttilfeller debuterer med akutte magesmerter og må opereres øyeblikkelig. Det kan være ruptur med blødning eller torsjon. Ved operasjoner for antatt

²¹ Norsk Helseatlas <https://helseatlas.no/sites/default/files/helseatlas-gynekologi.pdf>

godartede tilstander, kan det i sjeldne tilfeller i etterkant vise seg at der var mikroskopiske kreftforandringer.

Det meste av den kirurgiske virksomheten innenfor gynekologi foregår som dagkirurgi.

I forkant av en dagkirurgisk operasjon er pasientene utredet poliklinisk. Pasienten er ferdig utredet og ankommer hjemmefra til operasjon samme dag som operasjonen finner sted. Ved ankomst operasjon blir pasienten registrert, undersøkt og klargjort til operasjon.

Etter operasjon har pasienten opphold i postoperativ overvåking. I Sandnessjøen er det ikke egen dagkirurgisk enhet, og pasientene har opphold i sengepost før og etter dagkirurgisk inngrep. Oppvåkingsperioden er på intensivavdelingen. Mo i Rana har egen dagkirurgisk enhet sammen med andre kirurgiske pasienter inntil det er klart for utreise. De blir forberedt på dagkirurgen, oppvåkningen og klargjøring for hjemreise er på samme sted. Noen pasienter har behov for litt lengre opphold og bruker plass i sengepost.

Pasienter som har operasjon med forventet døgnopphold i sengeområde kommer også samme dag som operasjonen finner sted, og registreres og klargjøres på sengepost. I Sandnessjøen kommer planlagte operasjonspasienter med forventet døgnopphold ofte dagen før

Fødselsomsorg. Det er i dag fødeavdeling ved Sandnessjøen og Mo i Rana og jordmorstyrt fødestue i Brønnøysund. I tillegg er det svangerskapspoliklinikk ved alle fire lokasjoner og HSYK bistår også noen kommuner med jordmortjenester.

Det foregår en nøye selektering i henhold til regionale seleksjonskriterier (basert på HDir's retningslinjer) for hvilke fødende som kan føde på fødestue, ved fødeavdeling og hvilke som skal sendes til andre sykehus. De aller fleste som sendes ut fra Helgeland, sendes til Nordlandssykehuset HF. Noen pasienter henvises til St. Olavs hospital til nasjonalt senter for fostermedisin. De resterende fordeler seg på flere helseforetak og kan godt skyldes tilfeldig variasjon. Pasientstrømmer for antall fødsler for befolkningen i opptaksområdet til Helgelandssykehuset HF presenteres i tabell 9.5-6.

Tabell 9.5-6 Pasientstrømmer; fødsler i 2018 for pasienter fra opptaksområdet til HSYK, fordelt på HF. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Opptaksområdet til Helgelandssykehuset HF med kommunenummer 1812-1836 Vaginale fødsler og keisersnitt – år 2018			
Helseforetak	Vaginalefødsler (antall)	Keisersnitt (antall)	Sum fødsler (antall)
Helgelandssykehuset HF	518	95	613
Nordlandssykehuset HF	40	15	55
Andre HF	13	9	22
Sum helseforetak	571	119	690

Majoriteten av innleggelser for observasjon av gravide og fødsel som foregår i HSYK er fordelt som tabell 9.5-7 viser, med 3-400 døgnopphold på hver av fødeavdelingene og 30-40 i BRS.

Tabell 9.5-7 Aktivitet innen Fødselsomsorg i Kvinne- og fødeavdelingen i 2018. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Helgelandssykehuset HF – Kvinne- og fødeavdelingen – Fødselsomsorg – år 2018					
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Liggedøgn	83	1 055	0	1 277	2 415
Døgnopphold	38	321	0	388	747
Døgnkirurgi	0	51	0	58	109
Dagkirurgi	0	6	0	6	12

Poliklinikk og dagbehandling	268	1 466	733	893	3 360
------------------------------	-----	-------	-----	-----	-------

Antall fødsler ved HSYK i 2018 presentert i tabell 9.5-8 stemmer med Medisinsk fødselsregister sin statistikkbank.

For antall keisersnitt er akuttandelen om lag 64 %. Landsgjennomsnittet er om lag 47 %. Andelen keisersnitt totalt (elektiv og øhj.) ligger marginalt lavere enn landsgjennomsnittet (16 % mot 18 %).

Tabell 9.5-8 Antall vaginale fødsler og keisersnitt ved Helgelandssykehuset i 2018, fordelt på lokasjon. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Helgelandssykehuset HF – Vaginale fødsler og keisersnitt – år 2018					
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Vaginale fødsler	21	239	0	262	522
Keisersnitt	0	46	0	50	96
Sum aktivitetstype	21	285	0	312	618

Det er krav om følgetjeneste og nødvendig beredskap av gravide og fødende. Ansvaret for følgetjenesten og nødvendig beredskap for gravide og fødende ble overført til regionale helseforetak 1. januar 2010²².

Rapporten [Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem](#)²³ fra HDir beskriver blant annet følgetjenesten og anbefalinger til organisering. Styresak 7/2012 i Helse Nord beskriver følgende: *Følgetjenesten skal håndteres pragmatisk og fleksibelt avhengig av behov og forhold. Fagfolk lokalt hvor den gravide bor, skal i stor grad benyttes. Under disse forutsetningene kan en vakt for beredskaps- og følgetjeneste organiseres på forskjellige måter, avhengig av de lokale forholdene.* Antall fødsler er førende for hvilken ordning man velger.

Det er i dag fire kommuner (Grane, Lurøy, Træna og Rødøy) som ikke har dette tilbudet. Det er etablert avtale med Hattfjelldal. Arbeidsgruppen mener det ikke er en tilfredsstillende avtale, som vil være utfordrende å opprettholde i praksis. Det forhandles om følgetjeneste med Grane og Rødøy. Plassering av sykehuset i SSJ & omegn kan ha betydning for om Grane kommune vil ha krav på følgetjeneste.

Det er svangerskapspoliklinikk som utfører ultralyd og følger opp gravide i tillegg til det som foregår hos fastleger og jordmor i kommunene. Når det er gravide som har behov for kontakt med helsetjenesten utenom «kontortid» er det fødeavdeling og fødestue som blir kontaktet. I praksis blir spesialisthelsetjenesten ofte kontaktet for ulike kvinnesykdommer. Kontakten skal gjelde svangerskapsrelaterte tilstander.

Gravide følges opp i kommunehelsetjenesten av jordmor og/eller fastlege. Det utføres ultralyd i 17-19.svangerskapsuke i spesialisthelsetjenesten. I Alstahaug utfører også en fastlege terminultralyd. 2021/22 innføres tilbud om tidlig ultralyd, i uke 11-13. Ansvar for oppfølging gjennom svangerskapet for kvinner med normalt svangerskap ligger til kommunehelsetjenesten. Tilgang til disse tjenestene utenfor «kontortid» er imidlertid begrenset, og mange henvender seg til spesialisthelsetjenesten. I

²² Et trygt fødetilbud, Kvalitetskrav til fødselsomsorgen, HDir 2010

²³ [Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem Rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020](#)

tidlig svangerskap utføres det av kontrollerende lege/jordmor en selektering for fødested, etter regionale seleksjonskriterier, evt. i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Fødende har et gjennomsnitt opphold i føde/barselavdeling på 2,7 dager (Norge). Gjennomsnitt liggetid ved HSYK er 3,6 dager. Etter utskrivelse fra sykehus følges de opp av helsesykepleiere (eller jordmødre utleid til kommunene fra sykehuset) 2-7 dager etter hjemkomst, avhengig av behov. Det er forskjellig praksis om tjenesten kjøpes fra spesialisthelsetjenesten eller om kommunene besørger dette selv.

Dagens bemanning og organisering innenfor gynekologi og fødselsomsorg

For faget gynekologi og for jordmødre er det en utfordring mht rekruttering til Helgelandssykehuset, og å beholde fagpersonene. Det er et stort vikarbehov, og vaktbelastningen er høy. Det er lett å få søkere til LIS stillinger men utfordrende å få beholde de når de er ferdig utdannede gynekologer. Det er utfordrende å rekruttere erfarne jordmødre til fødestuen i BRS.

Sandnessjøen har i dag 5 gynekologstillinger og 1 dekkes av en fast vikar. Det er 2 LIS1 og 15,15 jordmorstillinger (inkl. MSJ). 1,6 av disse jordmødrene jobber på føde poliklinikk i MSJ. Det er 4 barnepleiere, fordelt på 3 stillinger.

MIR har 5 gynekologstillinger, 3 faste og 2 dekkes av faste vikarer. Det er 2 LIS1 og 18 jordmødre (inkl. ultralyd), 15,85 årsverk. I tillegg til disse er det 4 barnepleiere, 3 i 100% stilling og 1 i 50% stilling.

I BRS er det 6 jordmødre (1 ubesatt stilling) inkl ultralyd. 1 jordmorstilling er vakant. 2 barnepleiere, 1 i 100% og 1 i 85% stilling. 3 sykepleiere jobber på poliklinikk og dialyse. Jordmødrene bistår også på hemodialyse og poliklinikk.

Gynekologer har hjemmevakt, men ved fødsel er det klare kriterier (se vedlegg) for når gynekolog skal være til stede (før og under fødsel).

Ambulering foregår i dag av gynekolog fra SSJ til MSJ (2 dg/uke) og BRS /2 dg/annenhver uke). Behovet beskrives som høyere enn tilbudt tjeneste. Det er svangerskapspoliklinikk på alle fire lokasjoner.

Gynekologiske pasienter som har døgnopphold legges inn i et sengeområde for gyn/føde og kir avd.

Noen pasienter som reiser langt, har behov for overnatting før en dagkirurgisk operasjon. Disse blir i noen tilfeller innlagt på sengeavdeling. Det er i dag ikke tilbud om pasienthotell eller sykehotell i HSYK. MIR og SSJ disponerer senger i «søsterhjemmet» til opphold før og etter operasjon.

For nyfødte er det kun i Sandnessjøen det er tilsyn av barnelege. Ved BRS og MIR er det andre spesialister (MIR) og fastlegene (BRS) som har dette tilsynet. Det er ikke krav om at det skal være barnelege som utfører nyfødtundersøkelsen, men prosedyrer er beskrevet i håndbok fra UNN.

9.5.2 Nye Helgelandssykehuset - spesifikke vedtak fra Foretaksprotokollen

Foretaksprotokollen beskriver den framtidige strukturen som berører dette fagområdet på følgende måte:

- Helgelandssykehuset **Sandnessjøen** etableres som helseforetakets hovedsykehus med følgende funksjoner: **Akuttisykehus** med indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, **fødeavdeling**, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi. Det foreslås videre at Helgelandssykehuset Sandnessjøen skal ha urologi, plastikk-kirurgi, spesialisert rehabilitering/fysikalsk medisin, og øre-nese-hals som krever sengekapasitet.

- Helgelandssykehuset **Mo i Rana** etableres som **akuttsykehus**: Indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, ortopedi med akuttberedskap, **fødeavdeling**, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi.
- DMS i **Brønnøysund** planlegges som forutsatt.
- I konseptfasen **utredes etablering av polikliniske somatikk-tilbud** samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen. Som del av utredningen vurderes også det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern.

I styresak 137/2019 “Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering” i Helse Nord RHF beskriver AD Lars Vorland følgende i sitt saksunderlag for beslutningen om sykehusstruktur: *“Jeg velger også å anbefale, på dette tidspunkt, at ordningen med to fødeavdelinger videreføres. Helse Nord har lagt til grunn en desentralisert fødselsomsorg. Avstand er også et kvalitetskriterium. Med god seleksjon kan fødsler på ethvert nivå skje på en trygg måte. Utfordringen er rekruttering og nødvendig trening. I konseptfasen må det vurderes om et eventuelt fortsatt synkende fødselstall skal få betydning for tilbudet på de to stedene. I denne fasen må også organiseringen av gynekologiske oppgaver gjennomgås”*

Helgelandssykehuset utarbeidet i 2019 en [rapport om fødetilbudet](#) som ble behandlet i styret i HSYK, sak 115/2019

Faget gynekologi er ikke spesifikt nevnt i fortaksprotokollen, men er med som en viktig vurdering i Faglig, strategisk utviklingsplan.

9.5.3 Trender, utviklingstrekk, nye forutsetninger

Med utgangspunkt i dagens virksomhet framskrevet til 2035 forutsettes det en svak nedgang i døgnopphold og liggedager og en økning andel dagkirurgi og poliklinisk aktivitet (tabell 9.5-9).

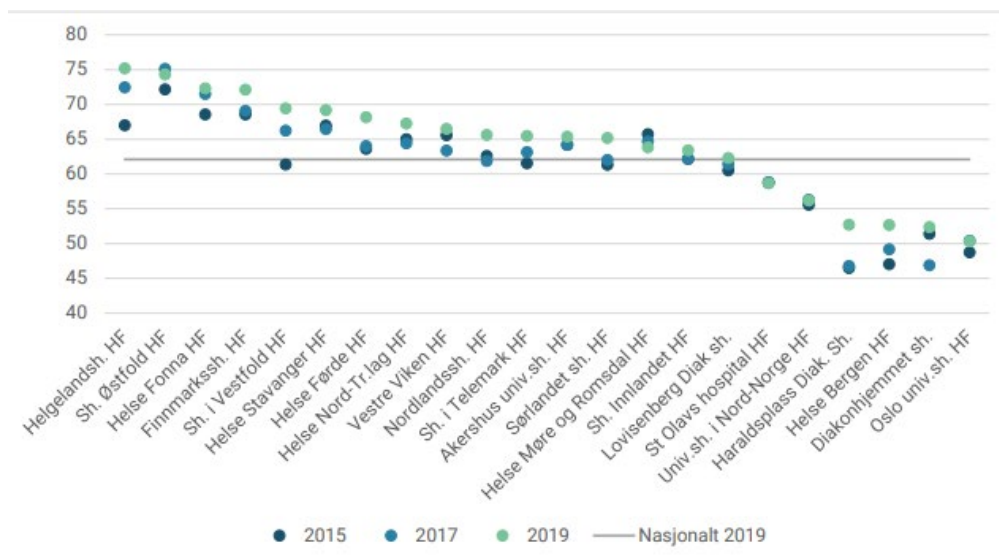
Tabell 9.5-9 Framskrivning aktivitet for Kvinne- og Fødeavdelingen HSYK, 2018-2035. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Helgelandssykehuset HF - Kvinne- og fødeavdelingen – Framskrivning av aktivitet – år 2018 framskrevet til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst.endring år 2018-2035
Liggedøgn samlet	3 281	3 026	-7,8
Normalseng		1 908	
Observasjonsseng		14	
Pasienthotellseng		1 104	
Døgnopphold	1 101	1 011	-8,2
Døgnkirurgi	320	268	-16,3
Dagkirurgi	695	801	15,3
Poliklinikk og dagbehandling	10 476	12 296	17,4

Økningen i poliklinisk aktivitet kan bli noe større på grunn av oppstart av tidlig ultralydscreening og behov for polikliniske tjenester som følge av tidvis ustabil bemanning i primærhelsetjenesten.

Endringer innenfor kirurgi og anestesi gir bedre muligheter for endring fra innleggelser ved operasjon til økt dagkirurgisk virksomhet.

SAMDATA for 2019 viser at Helgelandssykehuset er det helseforetak som har høyest andel dagkirurgi (samlet for alle fag) i landet (figur 9.29-1).



Figur 9.5-1 Utvikling i andel dagkirurgi 2015-2019. Sammenligning mellom HF (Kilde SAMDATA)

Tabell 9.5-10 viser andel døgnekirurgi i forhold til dagkirurgi sammenlignet med andre helseforetak og Helse Nord innenfor gynekologisk kirurgi. For gynekologi er det vurdert til at det ennå er potensial for noe omstilling.

Tabell 9.5-10 Framskrivning av dag- og døgnekirurgisk aktivitet innen gynekologi for HF og RHF, 2018-2035. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Helgelandssykehuset HF, Finnmarkssykehuset HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Førde HF - Gynekologisk kirurgi – Framskrivning av dag- og døgnekirurgi – år 2018 framskrevet til 2035						
Helseforetak	år 2018			år 2035		
	Dagkirurgi (antall)	Døgnekirurgi (antall)	Dagkirurgi (andel %)	Dagkirurgi (antall)	Døgnekirurgi (antall)	Dagkirurgi (andel %)
Helgelandssykehuset HF	535	181	74,7 %	631	117	84,3 %
Finnmarkssykehuset HF	458	226	67,0 %	581	145	80,1 %
Helse Nord-Trøndelag HF	803	326	71,1 %	1 028	220	82,4 %
Helse Førde HF	691	89	88,6 %	777	69	91,8 %
Helse Nord RHF	3 738	1 108	77,1 %	4 289	846	83,5 %

Behandlingsmetoder er under utvikling, og for en del kirurgisk virksomhet som hysterektomier vil nye behandlingsmåter med bevaring av livmor kunne erstatte dagens praksis. Det ble i 2018 utført 65 hysterektomier ved HSYK (av disse er 44 utført laparoskopisk). Ved en framskrivning av dagens praksis for laparoskopisk hysterektomi til 2035, antas det at antall operasjoner er på om lag samme nivå som i 2018. Dersom man reduserer forbruket og andre behandlingsmåter redusere antall hysterektomier vil antall operasjoner fordelt på to lokasjoner bli svært lavt. Dersom det blir slike endringer i behandlingsmåter som fører til reduksjon i kirurgisk virksomhet vil dette utfordre dagens organisering, der samling av prosedyrer/operasjoner på færre behandlere kan bli en konsekvens. Det må opprettholdes faglig kompetente operasjonsteam på begge sykehus, i tillegg til at nærhet til andre kirurgiske fag er viktig. Det er det vesentlig å ha en felles faglig ledelse for gynekologi og fødselsomsorg som bidrar til at det er felles kompetansebygging, ressursstyring, oppgavefordeling og planer relatert til sykehusets utviklingsstrategier.

For fødselsomsorgen er det i Norge nedadgående fødselstall. I styresak 137/2019 ble dette bemerket av AD i Helse Nord, at «I konseptfasen må det vurderes om et eventuelt fortsatt synkende fødselstall skal få betydning for tilbudet på de to stedene». En framskrivning for HSYK viser et nivå omtrent som i

dag dersom man velger SSBs middels verdier (MMMM) for befolkningsframskriving (tabell 9.5-11). Dersom dette endres, vil det ha innvirkning på antall fødsler og dermed behovet for fødeavdelinger. I planlegging av Nye HSYK legges det til grunn en struktur som i dag på grunn av at det i framskrivingene ikke tilsier en reduksjon i antall fødsler.

Tabell 9.5-11 Framskrivning av antall fødsler HSYK, 2018-2035. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Helgelandssykehuset HF – Normalfødsler og keisersnitt – Framskrivning av aktivitet - år 2018 framskrevet til 2035			
Aktivitetstype (antall)	år 2018	år 2035	pst-ending 2018-2035
Normalfødsler	522	530	1,5 %
Keisersnitt	96	105	9,4 %
Sum aktivitetstype	618	635	2,8 %

Det vil samtidig være viktig å ha en fleksibel struktur der det er mulig å justere behovet over tid. I dag er det alternerende avvikling av sommerferier for fødestuen i BRS og fødeavdelingene i SSJ og MIR²⁴. Det forutsetter at det er tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å kunne besørge behov for hele helgelandsfunksjonen ett sted.

Fødselsomsorgen er endret de senere årene ved at kvinner er eldre og har mer komplekse problemstillinger. Dette fører til økt behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten. Innføring av tidlig ultralyd for alle vil doble behovet for ultralydscreeninger i forhold til dagens aktivitet. Det utgjør 5-600 nye konsultasjoner.

Det er ønskelig at det er barnelege som har det medisinske faglige ansvaret for nyfødte uavhengig av lokasjon, og at dette kan skje ved ambulering eller oppfølging via teknologiske løsninger.

9.5.4 Oppgavefordeling og endringer i pasientstrømmer

Det er ikke foreslått vesentlige endringer i oppgavefordeling og pasientstrømmer ut over beslutningene fra foretaksmøtet. Det er ikke spesifisert gynekologi i foretaksmøtet. Arbeidsgruppen forutsetter at gynekologi er som i dag, dvs. akutt og elektiv gynekologisk kirurgi på døgn og dag i MIR og SSJ, samt poliklinisk aktivitet på alle fire lokasjoner (ambulering til Mosjøen og Brønnøysund). For framtidig utvikling er det i neste kapittel drøftet konsekvenser av eventuelle endringer i deler av aktiviteten.

Det foreslås ambulering av gynekolog til BRS og MSJ og jordmorbemannet svangerskapspoliklinikk på alle fire lokasjoner.

Tabell 9.5-12 Aktivitet antall fødende fra kommunene Vefsn, Hattfjelldal og Grane i 2018, fordelt på lokasjon

Kommune 1824 Vefsn, 1825 Grane og 1826 Hattfjelldal - Helgelandssykehuset HF – Aktivitet tilknyttet fødende – år 2018					
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Liggedøgn	-	83	-	493	576
Døgnopphold	-	25	-	157	182
Døgnkirurgi	-	7	-	26	33
Dagkirurgi	-	1	-	6	7
Poliklinikk og dagbehandling	-	44	754	269	1 067

²⁴ Ordningen med sommerstenging i fødeavdelingene ved HSYK skal evalueres i etterkant av sommeren 2021

9.5.5 Utviklingsområder

Ett Helgelandssykehus – samarbeid om tjenestetilbudet

For pasientene på Helgeland er det viktig at de møter en spesialisthelsetjeneste som tilbyr høy kvalitet, har riktig kompetanse og der unødig variasjon i tilbudet unngås. Lokalsykehusets utfordring med aktivitet på flere lokasjoner må styrkes gjennom samhandling, nettverksbygging, felles fagutvikling, videreutvikling av fagmiljøene, aktivitets- og ressursstyring, rekruttering og utdanning.

Felles faglig ledelse for gynekologi og fødselsomsorg vil kunne bidra til å styrke dette og er en viktig suksessfaktor. HSYK har startet prosessen med gjennomgående klinikker, og innspill fra arbeidsgruppene og faglig strategisk utviklingsplan bør inngå i dette arbeidet og øvrig virksomhets- og organisasjonsutvikling. Hospiteringsordninger og fagnettverk kan være gode initiativ for å styrke dette fagområdet. Hospiteringsordninger mellom lokasjonene og med NLSH er nødvendig for å være et attraktivt sykehus med aktivitet innen gynekologi og fødselsomsorg på alle fire lokasjoner. Et faglig stimulerende miljø vil virke rekrutterende for personell.

Et sterkt fagmiljø for pasientene på Helgeland uavhengig av hvor tjenesten tilbys

I Styresak 137/19 står det: Befolkningen på Helgeland skal sikres et spesialisthelsetjenestetilbud som baseres på nærhet for store pasientgrupper og når det haster, kombinert med funksjoner for hele Helgeland med utgangspunkt i eksisterende fagmiljø. Det er i dag fagmiljø innenfor gynekologi og fødselshjelp som tilbyr tjenester til befolkningen på fire lokasjoner.

Framskrivning av aktivitet tyder på omtrent uendret aktivitetsnivå innen gynekologi og fødselshjelp. Det er i HSYK få pasienter som legges inn til gynekologiske operasjoner, og flere behandles på dagkirurgi og poliklinisk. Det gjelder også kompliserte operasjoner. Denne trenden vil fortsette.

Noen gynekologiske operasjoner/prosedyrer utføres sjelden. Det gjelder for eksempel laparoskopiske hysterektomier, enkelte operasjoner for fremfall, urininkontinens operasjoner (TVT) og fjerning av slimhinne/polypper i livmor (TCER/TCPR). Disse bør utføres av færrest mulig behandlere. Dersom færrest mulig behandlere også betyr samling på en lokasjon av disse prosedyrene, vil konsekvensen kunne være økt «mengdetrening», samling av kompetanse og styrking av fagmiljøet og rekrutteringen til den ene lokasjonen. Samtidig er det en risiko ved å samle disse prosedyrene ett sted at aktiviteten ved den andre lokasjonen blir mindre attraktiv og rekrutteringsevnen blir svakere. Det vil bli vanskelig å opprettholde et robust fagmiljø og gå ut over vaktberedskap. Små fagmiljø er sårbare, og begrunnelsen for ikke å forskyve faglig aktivitet til en lokasjon er primært behovet for å opprettholde kompetanse for vaktgående tjenester i både MIR og SSJ og for å opprettholde gynekologisk beredskap for å drifte fødeavdelingene. Det vil også være utfordrende for akutt generell kirurgi, som skal opprettholdes på begge lokasjoner. Kvinner med akutte buksmerter trenger ofte tilsyn av gynekolog. Det behovet kan også oppstå under en akutt operasjon.

Arbeidsgruppen har diskutert fordeler og ulemper med å samle sjeldne operasjoner/prosedyrer, og det er noe ulikt syn på hvordan dette best kan løses. Det er behov for felles faglige diskusjoner i HSYK innenfor samme fag og på tvers av fag og profesjoner. Når det er et lite antall operasjoner fordelt på to sykehus, er det behov for særskilte tiltak for å bygge et sterkt fagmiljø. Er konsekvensen en samling må det særskilte tiltak til for å styrke enheten som ikke har de avanserte operasjonene/prosedyrer. Et godt samarbeid om samlet faglig bredde kan stimulere til rekruttering som alle vil ha nytte av.

En av de viktigste oppgavene framover vil være å utarbeide en felles plan rekruttere og beholde gynekologer og jordmødre Dette vil kunne samordnes gjennom felles faglig ledelse.

Pasientenes valg av behandlingssted er en viktig faktor når det gjelder framtidig aktivitet.

Når det gjelder LIS utdanning kan de aller fleste læringsmålene i generell gynekologi, fødselshjelp og kirurgi oppnås i Helgelandssykehuset, men enkelte inngrep kan være vanskelig å få nok av. Avdelingene er små, og det er læringsmål innen fødselshjelp som en ikke får gjennomført. For dette må en del av utdanningen utføres ved større sykehus. Med felles faglig ledelse ser en mulighet for samordnet utdanningsplan for LIS utdanningen med blant annet felles internundervisning og fungerende felles utdanningsutvalg.

Ambulering

Det er behovet for samordnet ambulering, slik at de samlede ressurser blir utnyttet på best mulig måte og befolkningen i Helgeland får et godt tilpasset tjenestetilbud. Avtaler for ansatte (både gynekologer og jordmødre) som skal ambulerer er vesentlig å få på plass. Ny teknologi med fjernkonsultasjoner kan redusere behovet for ambulering noe.

Pediatri

I Nye HSYK er det ønskelig at pediater har det medisinske ansvaret for de nyfødte ved alle tre lokasjoner; SSJ, MIR og BRS. Selv om det fungerer godt med at andre spesialiteter som gjennomfører nyfødtscreeningen, er viktig med en tydelig ansvarslinje, og at pediater har ansvar for den faglige utviklingen som gjelder nyfødte med prosedyreoppdateringer og opplæring av personalet ved fødeinstitusjonene. Det er ønskelig å få i stand ambulering til de to lokasjonene som i dag ikke har pediater. For MIR er også ambulering fra pediater i NLSH aktuelt om de har muligheter.

Økt andel dagkirurgi

HSYK har en ambisjon om enhver tid å ha et oppdatert behandlingstilbud innenfor de tilstander som skal behandles på HSYKs nivå. Dette for å kunne gi den beste behandling til pasientene. I tillegg vil dette være med å styrke rekrutteringen. Et sykehus som har et moderne behandlingstilbud, vil være en attraktiv arbeidsplass og vil være med på å tiltrekke fagfolk til HSYK.

Utviklingen viser at flere prosedyrer går fra å være dagkirurgiske inngrep til inngrep som utføres i lokalbedøvelse på gynekologisk poliklinikk. Eksempel på dette er endometrieablasjoner, hysteroskopi, fjerning av polypper og andre intracavitære inngrep. Dette forutsetter opplæring av personale og innkjøp av nødvendig utstyr.

De fleste operasjonspasienter som opereres elektivt ved gynekologisk avdeling HSYK, opereres i dag dagkirurgisk. Prolaps kirurgi (operasjon for fremfall) og hysterektomi er det som hovedsakelig gjøres ved innleggelse av pasientene.

I fremtiden vil HSYK arbeide for å øke andelen dagkirurgi for andre gynekologiske lidelser. Andre sykehus opererer store deler av prolaps pasientene dagkirurgisk. Overgang fra heldøgn til dagkirurgi utfordrer anestesifaget. Prolapskirurgi har til nå stort sett vært gjort i spinalbedøvelse. De fleste dagpasienter blir operert i narkose. Noen få kan opereres i lokalbedøvelse. Pasienter med prolaps er ofte eldre kvinner med andre sykdommer, og mange vil ha behov for innleggelse. Det gjelder også store prolapsoperasjoner. I fremtiden vil muligens også hysterektomier kunne gjøres dagkirurgisk. For elektive operasjoner med forventet innleggelse bør sammedagskirurgi benyttes, dvs. at pasientene er klarert for operasjon på forhånd og innlegges operasjonsdagen.

Utviklingen tilsier også at flere inngrep som i dag behandles dagkirurgisk vil bli behandlet på gynekologisk poliklinikk. Pasienten kan da reise hjem rett etter inngrepet. Konisering (fjerning av

del av livmorhals) ble tidligere gjort dag kirurgisk og som oftest i narkose. HSYK har i flere år nå gjort de fleste poliklinisk i kun lokal bedøvelse. Pasienten reiser hjem rett etter inngrep. Dette har redusert belastning både for pasient, avdeling, operasjon og intensiv. Fjerning av slimhinne i livmor (ablation) og kikkertundersøkelse i livmor (hysteroskopi, diagnostisk, fjerning av polypper og spiraler) og evt andre inngrep kan i fremtiden bli gjort poliklinisk.

En økning i andel dagkirurgi forutsetter godt tilrettelagt logistikk og rom/arealer som er tilpasset virksomheten. Bruk av pasienthotell/sykehotell er en viktig avklaring for å øke dagkirurgi slik at pasienter ikke innlegges unødig.

Pasienthotell/sykehotell

På grunn av at stor del av pasientpopulasjon har lang reisevei til sykehus, vil opphold i pasienthotell/sykehotell være aktuelt i forbindelse med operasjoner.

Flere sykehus har etablert pasienthotell for fødende. For små sykehus er plassering av pasienthotellplassene svært viktig slik at det ikke øker bemanningsbehovet. For HSYK vil evt pasienthotell/sykehotell bli vurdert videre i konseptfasen.

Følgetjeneste for fødende. Følgetjeneste for fødende.

«Følgetjeneste innebærer en døgntilgjengelig vaktberedskap og følgetjeneste med kvalifisert helsepersonell, der det er halvannen times reisevei til fødestedet. Dette er en veiledende grense. Følgetjenesten med vaktberedskap skal omfatte jordmor eller lege med tilstrekkelig kompetanse innen fødselshjelp. Det betyr at jordmor eller lege gjør opp klinisk status ved fødsel eller andre hendelser hos gravide (f.eks. vannavgang, blødning, premature rier), har dialog med fødeenheter eller fødestue og vurderer egnet transport; ambulanse - bil/båt/fly og om det er behov for følge av jordmor eller lege. Det anbefales at det organiseres tverrfaglig kompetanseheving, ferdighetstrening i akuttprosedyrer og individuell hospitering med aktiv tjeneste eller rotasjonsordninger. Ferdighetstreningen skal foregå sammen med helsepersonell som er samarbeidspartnere» (Helsedirektoratet «Et trygt fødetilbud»)

En utvidelse med beredskap for følgetjeneste kan evt. kombineres med en svangerskapspoliklinikk i MSJ. For kommunene Rødøy, Træna og Lurøy er det være behov for beredskap for en plan for følgetjeneste fra MIR eller SSJ. Vaktberedskap med tilbud om en vurdering av om kvinnen er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for vurdering vil kunne forhindre unødvendige transporter og transportfødsler. «For kvinner i distriktene er det en trygghet å vite at de kan få en kvalifisert faglig vurdering før de for eksempel reiser med egen transport til fødestedet. De fleste fødende vil ved en slik ordning kunne reise selv til fødeinstitusjonen uten bruk av følgetjeneste» (Helsedirektoratet). Videre planlegging av følgetjenesten organiseres i samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, med prehospitale tjenester som legevakt og ambulanse og den kommunale jordmortjenesten.

Dersom det skal være utvidet tilbud i Mosjøen med svangerskapspoliklinikk/følgetjeneste ut over «kontortid» må behovet kartlegges, og konsekvenser vurderes i forhold til kvalitet, ressursutnyttelse og kostnader.

Teknologi

Det forutsettes i 2021 15% omstilling fra konsultasjoner ved oppmøte til fjernkonsultasjoner totalt for helseforetakene. For gynekologi og fødselsomsorg kan det være noen konsultasjoner som kan utføres som fjernkonsultasjon, men de fleste innebærer undersøkelser som forutsetter oppmøte.

Samhandling med kommunehelsetjenesten. Økt samarbeid med kommunehelsetjenesten for opplæring, forventningsavklaringer og avtaler vil ha for betydning for trygge pasientforløp. Reduseres liggetid i sykehuset for f.eks. nyopererte gynekologiske pasienter eller fødende forutsetter det gode avtaler og godt samarbeid.

Videre samarbeid om avtaler med kommunene om oppfølging av gravide, følge- og vurderingsberedskap og oppfølging av mor/barn etter fødsel. Evaluering av avtalene

Samarbeid med andre HF. For HSYK vil et samarbeid med andre sykehus for planlegging av pasientforløp som går over «foretaksgrensene», samt felles kompetansebygging, bemanning og ambulering kunne styrke rekruttering og øke egendekningen.

9.5.6 Dimensjonering

Aktiviteten framskrevet til 2035 for Kvinne- og fødeavdelingen er samlet beregnet behov for både gynekologi og føde/barsel for alle fire lokasjoner. For poliklinikk er det beregnet behov for 6-7 generelle undersøkelsesrom totalt. I tillegg kommer spesialrom som f.eks. rom til konisering og hysteroskopi i poliklinikk. Det er forutsatt 6 timers åpningstid. 8 timers åpningstid som er standard i den nasjonale modellen gir behov for færre poliklinikkrom. Små sykehus med få spesialister som skal dekke oppgaver på flere enheter er det mer utfordrende å utnytte rommene fullt ut. Når aktiviteten fordeles på flere lokasjoner, vil behovet også bli noe høyere.

Tabell 9.5-13 Beregnet kapasitetsbehov for Kvinne- og fødeavdelingen HSYK fordelt på lokasjon og samlet, år 2035.

Helgelandssykehuset HF – Kvinne- og fødeavdeling – Framskrevet kapasitetsberegning - år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Senger					
Normalseng	0,2	2,6	-	3,4	6,2
Pasienthotellseng	-	1,7	-	2,3	4,0
Dagplass samlet					
Kjemoterapi plass	-	0,42	-	0,04	0,46
Infusjons plass	-	0,02	0,01	0,03	0,06
Poliklinikkrom	0,7	2,8	0,6	2,0	6,1

Merknad. Beregnede kapasiteter for operasjonsstuer (døgn- og dagkirurgiske stuer) og plasser for dagkirurgisk oppvåkning, samt beregning av observasjonssenger holdes utenfor beregnede kapasiteter illustrert i tabell. Beregnet med standard forutsetninger og utnyttelsesgrader i Framskrivingsmodellen - ekskl. antall timer effektiv drift, som er beregnet med 6 timer for dagplass/rom og poliklinikkrom.

9.6 BILDEDIAGNOSTIKK

9.6.1 Innledning

Det er planlagt med bildediagnostisk radiologitjeneste ved sykehusene i Mo i Rana, i Sandnessjøen og ett DMS i Sør-Helgeland. tillegg er det under vurdering hvilken aktivitet som skal legges til sykehuset i Mosjøen. Det er ikke planlagt med nukleærmedisin og/eller PET i HSYK. Ultralydundersøkelser kan planlegges og det er derfor ikke behov for fast stasjonert radiolog i Mosjøen, men kan organiseres som en ambulerende virksomhet, dersom det blir tilgang på ultralyd i Mosjøen.

Bilediagnostikk må støtte opp under valg av funksjoner og aktiviteter som skal knyttes til lokalisasjonene, og dette skal gi ett samlet tilbud med god kvalitet til innbyggerne på Helgeland. Hastegrad ved mistanke om sykdom eller behov for kontroll av pasienter, styrer prioritet til undersøkelser, og legens anbefalte vurdering må tas hensyn til i valg av den modaliteten undersøkelsen skal utføres på.

Det er viktig å ha ett robust fagmiljø i HSYK som kan fungere som et "nav" og med en bemanning som gjør at man kan bidra med ambulerende virksomhet både til DMS i Sør-Helgeland og ved eventuelt poliklinisk bildediagnostisk tilbud i Mosjøen, samtidig som man sikrer den faglige kompetansen.

Fagpersonell med rett kompetanse må knyttes til de lokalisasjoner maskinparken er plassert, og der pasienten skal undersøkes. Det er mangel på radiologer i HSYK, noe som også er en utfordring nasjonalt. I ferieavvikling og ved vakanse vakter må behovet for fagpersonell dekkes ved hjelp av innleie. Dette gjelder der det er ledige vaktuger, også.

Plassering av bildediagnostikk i sykehuset er viktig, og kan være styrende for fotavtrykket til bygget, ammen med plassering av akuttmottak. Det må tas hensyn til nærhetsbehov til andre kliniske miljøer tidlig i planleggingsfasen av ett sykehus, som f. eks til akuttmottak og poliklinikk.

Teknologisk- og medisinsk faglig utvikling går raskt og det er behov for å planlegge for effektiv drift og mulighet for fleksibilitet som kan gi gode løsninger for fremtiden. Maskinparken er teknologisk- og arealkrevende og påvirker dimensjonering. Det er krav til strålevern og MR sikkerhet som gjør det krevende å planlegge slike arealer.

Sykehuset i Sandnessjøen og omegn må ligge i en akseptabel pendleravstand fra både Sandnessjøen og Mosjøen, slik at fagmiljøene fra begge sykehusene blir dratt med, og ikke fragmentert. Dette vil ha betydning for det totale fagmiljøet i HSYK.

Spesifikke vedtak i Foretaksprotokollen

Foretaksprotokollen beskriver den framtidige strukturen som berører dette fagområdet på følgende måte:

- *Helgelandssykehuset **Sandnessjøen** etableres som helseforetakets hovedsykehus med følgende funksjoner: **Akuttsykehus** med indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, **fødeavdeling**, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi. Det foreslås videre at Helgelandssykehuset Sandnessjøen skal ha urologi, plastikk-kirurgi, spesialisert rehabilitering/fysikalsk medisin, og øre-nese-hals som krever sengekapasitet.*
- *Helgelandssykehuset **Mo i Rana** etableres som **akuttsykehus**: Indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, ortopedi med akuttberedskap, **fødeavdeling**, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi. Mo i Rana har tilstedeværende vakt på kveld og helg. Her ser man også på mulighet for døgnkontinuerlig vakt, 24/7.*
- *DMS i **Brønnøysund** planlegges som forutsatt. Både med røntgenlab og CT.*

- I konseptfasen **utredning av polikliniske somatikk-tilbud** samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen. Som del av utredningen vurderes også det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern.

Særlige politiske føringer for fagfeltet:

- Aktiviteten styres gjennom forskrift. Lenke til Lovdata kapittel II-strålevernforskriften, Generelle bestemmelser om ioniserende og ikke-ioniserende stråling, § 5 Berettigelse og optimalisering, legges ved her: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-16-1659/KAPITTEL_10-2-1#KAPITTEL_10-2-1
- Lenke til lov om medisinsk utstyr legges ved, som link: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1995-01-12-6>
- I Nasjonal helse og sykehusplan står det i kapittel 9.2 står det: «Rask og presis diagnostikk er avgjørende for kvaliteten i pasientforløpet. For pasienten er det av stor betydning å få avklart situasjonen raskt for å unngå unødig bekymring og redusere antall kontakter med spesialisthelsetjenesten. Rask og presis diagnostikk er også viktig for å sikre god utnyttelse av ressursene. Tverrfaglige poliklinikker og diagnosesentre er gode virkemidler for rask og effektiv diagnostisering. Det viser erfaringene fra satsingen «Raskere tilbake»⁴ og fra diagnosesentrene som er etablert som ledd i kreftsatsingen. Både for pasienten og sykehusene er det en fordel at flest mulig undersøkelser kan skje innenfor et kort tidsrom, gjerne samme dag. Diagnostikken vil trolig endre seg mye de neste 10–15 årene. Til dels vil det kreves mer spesialisert utstyr og kompetanse slik at pasienten må utredes ved større sykehus. Men utstyret blir også mindre og mer mobilt, slik at diagnostikken kan desentraliseres. En del av det diagnostiske arbeidet kan skje i ambulansen på vei til sykehuset.» (Det kongelig helse og omsorgsdepartement, 2020).
- **Samarbeid med kommunehelsetjenesten:** I Nasjonal Helse- og sykehusplan 2020 - 2023 gis det retning og rammer for spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hvordan dette vil påvirke tilgangen til diagnostikk i fremtiden, er ikke enkelt å forutsi nå, men viktig å vurdere i prosjektene.
- Allerede i dag det gode eksempler på nært samarbeid mellom HF og kommunale tjenester. Enkelte kommuner har opprettet DMS (Distriktsmedisinske senter) med egne arealer til bildediagnostikk, slik at pasientene kan få utført enkelte typer undersøkelser. Flere kommuner har interkommunalt samarbeid, tett knyttet opp til HF, med tilgang på radiologiske tjenester.”

9.6.2 Dagens virksomhet

Samhandling

Det er et veletablert og godt samarbeid og samhandling innad i HSYK angående bildediagnostikk, og et godt samarbeid med NLSH, bl.a. i forbindelse med vakt samarbeid. Samarbeidet er også godt mellom andre fagmiljø i sykehuset og mellom HF og primærhelsetjenesten. Ved timeoppsett er det samordning mellom poliklinikker innad i sykehuset for pasienter fra kommuner med lang reisevei. På den måten antall reiser for pasientene.

Felles IKT system (PACS/RIS) i hele regionen gjør kommunikasjon innen Helse Nord ukomplisert. Det er delvis mer utfordrende både å hente og dele informasjon til andre offentlige sykehus i Norge og mellom HF og private institusjoner. I forhold til bildeutveksling mellom private aktører (billedata) og andre HF tilhørende andre RHF er det en del utfordringer. Noe som bør forbedres i framtiden.

9.6.3 Aktivitet

Gjennomførte undersøkelser etter modalitet, rekvisisjonstype og lokasjon i HSYK året 2019 er presentert i tabell 9.6-1. Foruten presentert aktivitet i tabellen, så gjøres det mammografiundersøkelser ved lokasjon Sandnessjøen. Sandnessjøen fikk en mammograf med tomosyntese i gave. Den er identisk med ny mammograf i Bodø, hvor virksomheten drives som en satellitt fra Bodø. Radiolog ved NLSH bestemmer hvilke pasienter som skal tas lokalt. Undersøkelsene som tas i HSYK beskrives av radiolog ved NLSH.

Tabell 9.6-1 Gjennomførte undersøkelser etter modalitet, rekvisisjonstype og lokasjon i HSYK år 2019. Datakilde: VA: Sectra, HSYK, Sectra RIS-kilde.

Helgelandssykehuset HF - Røntgenavdelingen – Aktivitet - år 2019					
Aktivitet etter rekvisisjonstype	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Ekstern poliklinikk (antall)					
CT-undersøkelser	-	1 513	931	1 003	3 447
MR-undersøkelser	-	2 070	1 594	2 191	5 855
RG-undersøkelser	-	5 773	3 557	4 027	13 357
UL-undersøkelser	-	1 128	624	857	2 609
Sum ekstern poliklinikk	-	10 484	6 706	8 078	25 268
Inneliggende (antall)					
CT-undersøkelser	-	1 913	759	1 826	4 498
MR-undersøkelser	-	388	138	323	849
RG-undersøkelser	-	3 989	934	2 259	7 182
UL-undersøkelser	-	489	147	553	1 189
Sum inneliggende	-	6 779	1 978	4 961	13 718
Intern poliklinikk (antall)					
CT-undersøkelser	-	2 166	1 071	1 517	4 754
MR-undersøkelser	-	1 161	854	855	2 870
RG-undersøkelser	-	4 753	1 108	1 486	7 347
UL-undersøkelser	-	647	397	777	1 821
Sum intern poliklinikk	-	8 727	3 430	4 635	16 792
Sum rekvisisjonstyper (antall)	-	25 990	12 114	17 674	55 778

9.6.4 Åpningstider

Åpningstider for den elektive driften er illustrert i tabell 9.6-2. Alle sykehusene har kveldspoliklinikk tilsvarende 2 dager pr uke på MR.

Tabell 9.6-2 Åpningstider elektiv drift ved røntgenavdelinger i HSYK etter lokasjon per mai 2021.

Helgelandssykehuset HF - Røntgenavdelingen – per mai 2021				
Åpningstider	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen
mandag-fredag				
Elektiv drift	-	07:30-15:30	07:30-15:30	08:00-16:00
To dager per uke				
Elektiv drift kveldspoliklinikk MR	-	15:30-20:30	16:00-20:30	16:00-21:30

9.6.5 Vaktplan

Vaktplan for radiografer er illustrert i tabell 9.6.-3.

Tabell 9.6-3 Vaktplan radiografer i HSYK etter lokasjon per mai 2021

Helgelandssykehuset HF - Røntgenavdelingen - per mai 2021				
Vaktplan radiografer	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen
mandag-fredag (klokkeslett)				
Aktivvakt	-	07:30-22:00	07:30-16:00	08:00-16:00
Hjemmevakt	-	22:00-07:30	16:00-07:30	16:00-08:00
fredag-mandag (klokkeslett)				
Aktivvakt	-	07:30-07:30	-	-
Hjemmevakt	-	-	16:00-07:30	16:00-08:00

Vaktplan for radiologer er illustrert i tabell 9.6-4.

Tabell 9.6-4 Vaktplan radiologer i HSYK etter lokasjon per mai 2021

Helgelandssykehuset HF - Røntgenavdelingen - per 2021	
Vaktplan radiologer	
mandag-fredag (klokkeslett)	
Aktivvakt	07:30-15:30
Radiologvakt HSYK	15:30-18:00
lørdag-søndag (klokkeslett)	
Hjemmevakt	10:00-18:00

Radiologvakt gjelder for en radiolog per vakt, som dekker hele Helgeland (tabell 9.6-4). Denne vakten har rullering hver 7. ende uke. Mellom klokken 18:00 til 07:30 på hverdag og 18:00-10:00 på helg, dekkes det opp med radiologer i samarbeid med NLSH Bodø. I ferieavvikling dekkes mangelen på radiologer opp ved hjelp av innleie.

9.6.6 Pasientstrømmer

Karakteristika ved dagens virksomhet

Bildedagnostisk tilbud er samlokalisert i sykehusene.

Bildedagnostikk er digitalisert i eget fagsystem, som samhandler med sykehusets journalsystem, personalplanleggings- og økonomisystem. Både RIS/PACS system og journal/administrativ system er felles systemer i hele Helse Nord med felles databaser og gjensidig tilgang på utvalgte data. Samtidig kan utveksles relevante data elektronisk til øvrige offentlige sykehus i Norge. Henvising og svar sendes elektronisk. All prosessering og administrasjon av undersøkelser er digitalisert. Det stilles høye krav til kapasitet på nettverk og kapasitet til prosessering. I dag er dette en utfordring med stabil kapasitet på nettverket.

Alle sykehus har tilgang på de mest hyppig benyttede modalitetene som generell røntgen, gjennomlysning, ultralyd, CT og MR, som illustrert i tabell 9.6-5. I tillegg er det en mammografilab med tomosyntese i Sandnessjøen. Den fungerer som en satellitt fra BDS i NLSH, Bodø.

Tabell 9.6-5 Antall modaliteter for Røntgenavdelingen HSYK samlet og etter lokasjon per mai 2021.

Helgelandssykehuset HF – Røntgenavdelingen – Modalitet per mai 2021					
Modalitet (antall)	Lokasjon Brønnøysund*	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
CT	(1)	1	1	1	3 (4)
MR	-	1	1	1	3
RG	(1)	1	1	1	3 (4)
UL	(1)	1	1	1	3 (4)
MG	-	-	-	1	1
Gjennomlysning	-	1	1	1	3
Sum modaliteter	(3)	5	5	6	16 (19)

Merknad. *Modaliteter for Lokasjon Brønnøysund og DMS-et installeres november 2021. CT: Computertomografi. MR: Magnetresonanstomografi. RG: Konvensjonell røntgen. UL: Ultralyd. MG: Mammografi.

Aktiviteten har økt ved alle sykehus, og mange CT undersøkelser forskyves til vakttid, noe som illustreres i tabell 9.6-6. Dette for raskt å avklare om pasienten trenger å legges inn eller må flyttes til høyere nivå. Sykehuset måles i antall liggedøgn. Svært korte frister til planlegging av pasientbehandling medfører lite tid til diagnostikk.

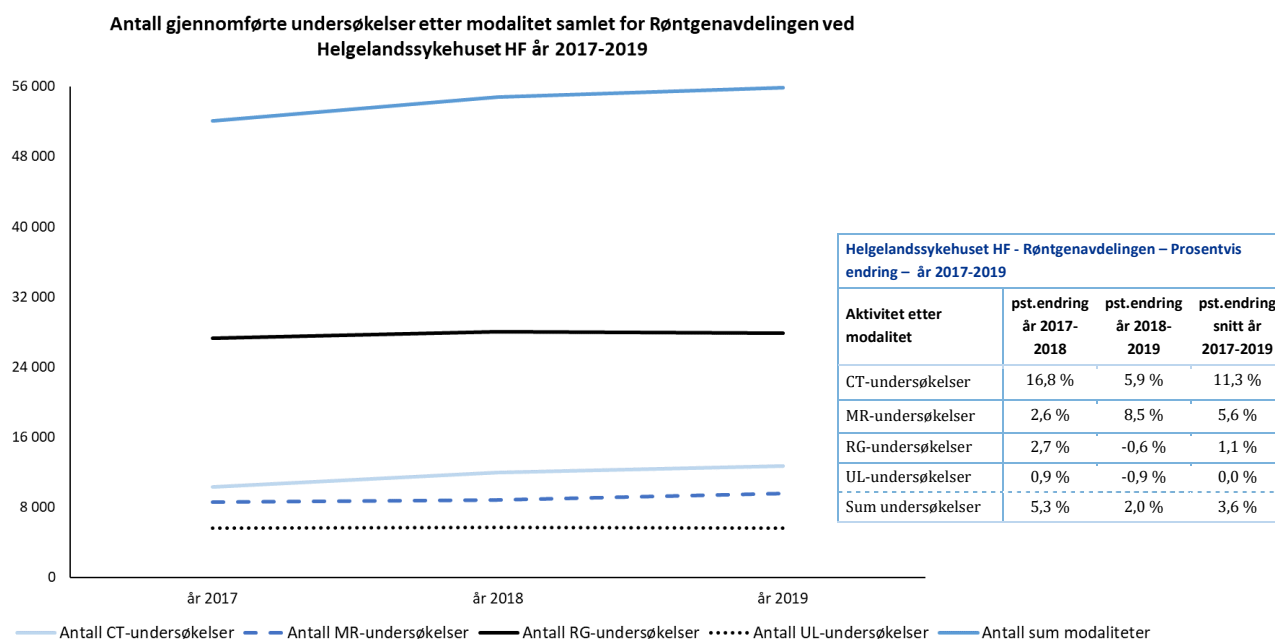
Tabell 9.6-6 Gjennomførte CT-undersøkelser i vaktordningen år 2018-2020. Datakilde: VA: Sectra, HSYK, Sectra RIS-kilde.

Helgelandssykehuset HF - Røntgenavdelingen – Gjennomførte CT-undersøkelser i vaktordningen – år 2018-2020					
Gjennomførte CT-undersøkelser	år 2018 (antall)	år 2019 (antall)	år 2020 (antall)	pst. endring år 2018-2019	pst.endring år 2018-2020
mandag-fredag (klokkeslett (ansvar))					
16:00-17:59 (Helgelandssykehuset HF)	404	458	475	13 %	18 %
18:00-07:59 (Nordlandssykehuset HF)	739	962	940	31 %	28 %
lørdag-søndag (klokkeslett (ansvar))					
10:00-17:59 (Helgelandssykehuset HF)	460	469	600	2 %	30 %
18:00-09:59 (Nordlandssykehuset HF)	330	383	418	16 %	27 %

Fordi Helgeland er en utstrakt kystregion med mange øysamfunn, med lange veiavstander generer dette behov for «one-stop»-avklaring og behandling, og samordning av undersøkelser med andre avdelinger. Ved en slik organisering for pasienter som kommer langveisfra reduseres reisetid og samfunnskostnader, og gir mer likebehandling sammenlignet med befolkningen som bor i bynære strøk, med lett tilgang til helsetjenesten.

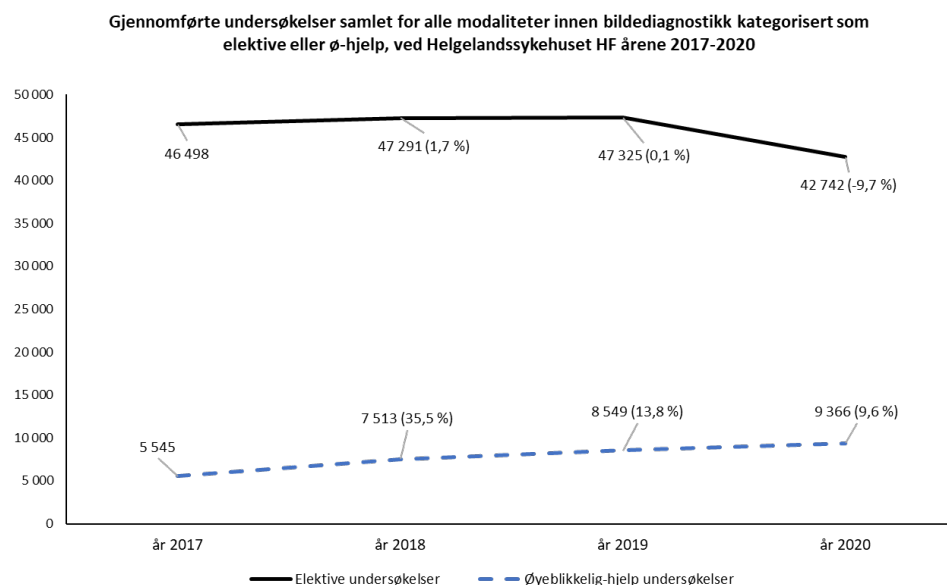
9.6.7 Trender, utviklingstrekk, nye forutsetninger

Henvvisning til undersøkelser ved bildediagnostikk i HSYK øker, slik det er illustrert i figur 9.6-1. Framskrivningstall tyder på økende behov for bildediagnostikk, noe som støttes med tall fra andre HF, og det er spesielt økning innenfor CT og MR. Ultralyd har en flat utvikling og generell røntgen øker lite eller minimalt. Aktivitet på ultralyd er avhengig av og varierer etter tilgangen på kompetent radiolog med ultralydkompetanse. Årsaken til økende antall henvisninger er flere, som økende antall eldre med mer kroniske sykdommer, biopsier, flere kontroller gjennom pasientenes sykdomsforløp (pakkeforløp kreft), utvikling innen persontilpasset medisin og ved at undersøkelser forskyves fra generell røntgen til CT og MR.



Figur 9.6-1 Gjennomførte undersøkelser etter modalitet samlet for røntgenavdelingene ved HSYK årene 2017-2020. Datakilde: VA: Sectra, HSYK, Sectra RIS-kilde.

Figur 9.6-2 viser utvikling innen henvisning til øhj, som er økende i HSYK. Figuren viser tall fra 2017 til 2020 og at antallet henvisninger til øhj har økt i en periode med pandemi.



Figur 9.6-2 Gjennomførte undersøkelser samlet for alle modaliteter innen bildediagnostikk kategorisert som elektive eller ø-hjelp ved HSYK årene 2017-2020. Datakilde: VA: Sectra, HSYK, Sectra RIS-kilde.

Utviklingen går også mot mer avansert bildediagnostisk utstyr inne i operasjonsstuer (angiografi, CT og MR), slik at pasienten kan undersøkes under og etter operasjon uten å forflyttes.

Det kan være behov for å vurdere mobile løsninger, som røntgenapparat som fraktes ved hjelp av bil slik at bilder kan tas utenfor sykehus, der pasienten bor. Det er også forsøkt CT i ambulanse ved Kalnes sykehus i Østfold. Lenke til Norsk Luftambulans - Slagambulansen – veien til CT i helikopter, legges ved her: <https://norskluftambulans.no/vart-arbeid/forskning-2/slagambulansen/>

Mobile løsninger må vurderes, sammen med kommunehelsetjenesten, og må ses opp mot tilbudet i sykehusene og DMS, og behov for å korte ned reiseavstander og/eller forhindre unødvendig transport av pasienter. Det er eksempler i Norge på at desentralisert CT kan fjernstyres av radiograf ved ett sykehus, som også har det faglige ansvaret for enheten. Ett eksempel er ved Ål Sjukestuggu i Hallingdal der ambulansesarbeidere er opplært til å til å posisjonere pasienten og definere posisjonen, så radiografen kan starte undersøkelsen på rett plass på pasienten. Bildene sendes for tolkning til ett sykehus. Ved DMS Finnsnes er det nå etablert ett røntgen- og CT-tilbud som UNN Tromsø har ansvaret for. De har ansatt radiografer til å utføre undersøkelser på dagtid. For å imøtekomme et behov for rask avklaring og behandling av slagpasienter, er det igangsatt et prøveprosjekt der personell ved DMS Finnsnes utfører undersøkelsen utenom ordinær arbeidstid, ved hjelp av fjernstyring av CT fra UNN Tromsø. Evt. trombolysebehandling må da gis via leger ved legesenteret. Eksemplene viser dessuten en økonomisk samfunnsfordel gjennom besparelse av reiser, mindre behov for heldagsfri og lignende.

Screening utvides til flere diagnosegrupper, nasjonalt og internasjonalt. I og med at omfanget av dette er ukjent og derfor krevende å planlegge for, er det ikke tatt med som forutsetning i kapasitetsberegninger som er gjort for bildediagnostikk ved HSYK.

Det er mulig å ta bilder lokalt som tolkes av spesialister andre steder, men det skal ikke erstatte faglig kompetanse knyttet til sykehuset. Bruk av KI-systemer og spesielle datavisualiseringer/prosesserings/dataekstraksjoner (eksempelvis kvantifisering emfysem, framstilling kar, preprocessing virtuell endoskopi) kan bli oppgave til spesialradiografer og avlaste radiolog.

Det er en økning av behov for spesialkompetanse, som radiologer og radiografer, fordi kompleksiteten i undersøkelser og mengden av disse, øker. I tillegg kommer behov for hurtig avklaring, for mest mulig effektiv håndtering av pasienten. Det er behov for tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper (kirurgi, ortopedi, medisin ol.) så planlegging av pasientforløp må utarbeides sammen med dem. Det går mot mer subspecialisering av radiografer, spesielt for drift av MR og CT. Fagutviklingen skjer i høyt tempo, noe som stiller store krav til faglig oppdatering og muligheter for å drifte maskinparken effektivt. Det vil bli utfordrende å drifte flere små enheter med tanke på kompetanseutvikling.

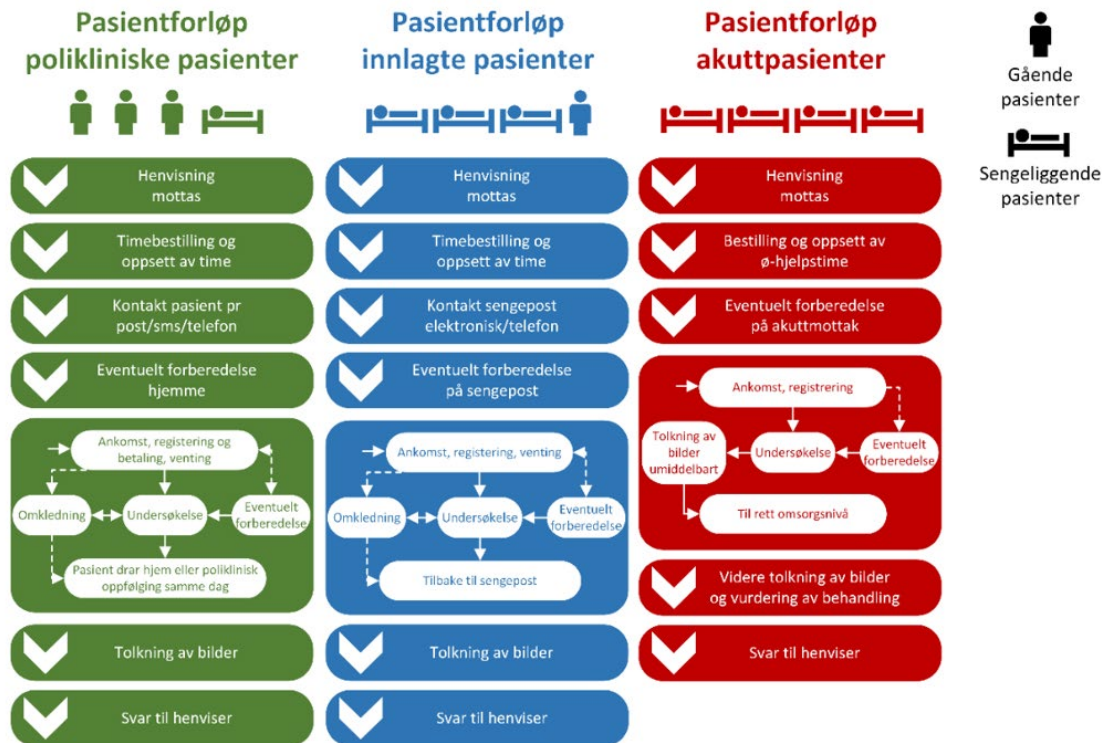
Økt teamarbeid mellom radiograf og radiolog blir nødvendig. Dette krever grundig veiledning av radiologer til radiografer, noe som på kort sikt kan ta ressurser fra en gruppe som allerede mangler spesialister, og som i tillegg er veiledere for leger i spesialisering. Det finnes teknologiske løsninger som kan bidra til å lette opplærings og veiledningsarbeidet.

Rekruttering av radiologer har, til nå, vist seg vanskelig. Det meldes om behov for flere spesialister (radiologer). Det er vurdert av fagmiljøet ved HSYK at jobbgledning, ved at radiografer utdanner seg til beskrivende radiografer og Sonografer, kan være tiltak for å bidra til mer fagpersonell med spesialkompetanse, som kan bidra til å frigjøre arbeid for radiologer til mer spesialiserte oppgaver. Det kan også påvirke rekruttering av radiografer positivt, fordi de får utvidet sin kompetanse.

Mer om faglige utviklingstrekk er beskrevet i Konseptprogram bildediagnostikk versjon 1.0, utarbeidet av Sykehusbygg HF i 2020. Lenke til Konseptprogram bildediagnostikk legges ved her: <https://sykehusbygg.no/Documents/Kunnskapsdatabasen%20Sykehusplanlegging/Konseptprogram/20201221%20Konseptprogram%20bildediagnostikk%20versjon%201.0.pdf>

9.6.8 Utvalgte pasientforløp

Figur 9.6-3 viser generiske pasientforløp for pasienter henvist til bildediagnostikk.



Figur 9.6-3 Generisk pasientforløp for pasienter henvist til bildediagnostikk. Kilde: Konseptprogram bildediagnostikk versjon 1.0 (2020), Sykehusbygg HF.

I tillegg er det beskrevet, i tekst, to typiske pasientforløp ved HYSK. Det ene er ved henvisning til CT på vakttid, som er en økende tendens og krever utkalling av radiograf. Det andre eksempelet beskriver prosedyren ved utkalling på grunn av trombolyselarm på vakt. To utvalgte pasientforløp som er typisk for HSYK, beskrives her:

CT us. som gjøres på vakt (etter kl. 1600 ukedager):

Kasus: Nylig innlagt pasient med uspesifikke mavesmerter (såkalt «R» status).

- Henviser skal ha diskutert kasus med sin overlege/bakvakt før radiologisk vakt involveres.
- Radiologvakt (LIS 3) kontaktes og det avklares så hva som skal gjøres bildeagnostisk.
- Henviser kaller ut vakthavende radiograf, som deretter henter ned henvisning og kontakter radiologisk vakt for å avklare kjøreprotokoll (som skrives inn i henvisningen).
- CT us. utføres og gjøres tilgjengelig for vakthavende radiolog, som gjør en foreløpig beskrivelse av us.
- Kliniker kontakter vakthavende radiolog for svar (eller omvendt).
- Bilder demonstreres for klinikere på lokal bildediagnostisk avdeling påfølgende ukedag
- Lokal radiolog (overlege) gjennomgår beskrivelsen evt. endrer og godkjenner beskrivelsen
- Svar sendes ut til rekvirent og pasienten sin fastlege.

Trombolyselarm på vakt.

- Vakthavende radiograf kalles ut fra AMK, eller akuttmottak.
- Hastegrad, så snart som mulig.
- Oppmøte for alle fagenheter CT lab, foran slusa.
- Radiograf åpner avdelingen og starter oppvarming av CT maskin, og klargjør kontrastsprøyte.
- I den grad det er mulig, skal henviser skrive en henvisning på vanlig måte.

- Akuttpersonell, og evt. radiograf flytter over pasient på CT benk og stilles inn.
- En rask og grov nevrologisk us. kan nå gjøres før CT caput u/kontrast.
- CT caput utføres
- Vakthavende lege kontakter radiologisk vakt for bildediagnostisk status.
- Videre forløp med flerfasett angio og trombololyse avklares.
- Bilder rekonstrueres og henges opp til vaktradiolog.
- Status avklares, samt videre forløp. (sending av pasient og bilder, trombektomi, osv).
- Bilder henges til demonstrasjon og lokal overlege kontraserer us.
- Bildediagnostisk kontroll etter 24 t. MR eller CT, (tidligere, ved endret symptom-bilde).

Noen pasientforløp er svært avhengig av at sykehusene har spesialisert radiologkompetanse til stede. To eksempel er ultralyd av nyrearterier og ultralyd av lever med kontrast.

Samarbeid bør avtales både på foretaksnivå (store strøk), men også lokalt med kommunene/leger i kommunene. Det er ikke samme fagkompetansen på alle avdelinger i sykehusene. HSYK er svært avhengig av individuelle ansatte både radiografer og radiologer på grunn av veldig små avdelinger. Det er mindre sannsynlighet at de klarer å dekke alle spesialiteter innen fagfeltet radiologi.

9.6.9 Pasientstrømmer og oppgavefordeling

Tjenestetilbudet i Mosjøen kan påvirkes av hvor lokasjonen av sykehuset i Sandnessjøen og omegn blir lagt. Plassering av sykehus på Alstenøya kan gi behov for vurdering av det polikliniske røntgentilbudet i Mosjøen, herunder CT. Dette for å kunne tilby akutt trombololysebehandling av hjerneslagpasienter så tidlig som mulig. Lenke til Helsedirektoratets retningslinjer for trombololytisk behandling av pasienter med akutt hjerneinfarkt, legges ved her:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/akuttfasen-undersokelse-og-behandling-ved-hjerneslag/reperfusjonsbehandling-og-antitrombotisk-behandling-ved-akutt-hjerneinfarkt/trombololytisk-behandling-av-pasienter-med-akutt-hjerneinfarkt>

Behovet for radiologisk poliklinikk i Mosjøen vil være liten hvis sykehuset i Sandnessjøen og omegn havner innenfor akseptabel avstand når det gjelder pasienttransport og pendleravstand for de ansatte. Det er viktig at fagmiljøet ved bildediagnostikk i HSYK er av en slik størrelse at det muliggjør ambulering.

Et sykehus plassert sentralt i Sandnessjøen og omegn vil også kunne drifte en mobil røntgenenhet, som dekker noen av de rundt 80 øyene som er bebodd på Helgelandsskysten (ca. 10 000 innbyggere), eventuelt også Hattfjelldal/Susendal.

9.6.10 Dimensjonering

Det er viktig å ha plass på valgte tomter som gir mulighet for utvidelse av arealer tilknyttet bildediagnostikk i framtiden. Dimensjonering avhenger av aktiviteten i sykehuset. Laboratorium må tilknyttes støtteareal som for eksempel manøverrom, granskning, ventearer, toaletter, tekniske rom. Det må også legges til rette for oppstillingsplass til mobile røntgenenheter. Behovet for antall laboratorium ved sykehuset i Sandnessjøen og omegn og sykehuset i Mosjøen må beregnes ut fra hvor mye aktivitet som overflyttes fra Mosjøen til Sandnessjøen. Når det gjelder dimensjonering av arealer tilknyttet bildediagnostikk, så har Sykehusbygg HF utarbeidet en standardromskatalog som gir råd om størrelse på ulike laboratorium.

Det er viktig at sykehuset i Sandnessjøen og omegn får en størrelse som gir et robust fagmiljø. Det vil bli vanskelig om røntgenavdelingen skal drives i størrelse likt som i dag, med tanke på ambulering og støtte til DMS og evt. ved etablering av bildediagnostisk poliklinikk i Mosjøen. Ved å samle 2 MR maskiner i samme bygg vil man også få et større faglig miljø. 2 CT-maskiner i sykehuset Sandnessjøen

og omegn vil også gi en mer sikker drift i forhold til i dag, da akuttberedskap må tas ned ved feil på utstyr eller ved service. Behovet for antall CT totalt i HSYK og plassering av disse må vurderes av HSYK.

Det må hensyntas forhold knyttet til pandemi. Pasienter venter på undersøkelse sittende på ett venterom, eller de må vente i seng eller på båre, som gir behov for egnede oppstillingsplasser nært laboratorium. Venteplassene må ha kapasitet som gir mulighet for å forhindre/skjerme for smitte. Det samme gjelder behov for toaletter til pasienter, besøkende og personale, og utformingen av disse. Fjernstyring av CT kan aktualiseres ytterligere, for å unngå forflytning av pasienter. Radiologer har i dag tilbud på bruk av hjemmearbeidsstasjoner. Teknisk sett kan radiologer beskrive bilder annet sted enn i sykehuset, for eksempel hjemmefra. Det kan være hensiktsmessig i flere tilfeller. Flere HF benytter dette også i vaktberedskap. Fordi klinikere vil ha god kontakt med radiologer i det daglige ved behov for hurtige avklaringer og annen faglig støtte er det likevel behov for granskningsarealer/møterom i sykehuset, der slik kontakt kan foregå. For å hindre støy ved diktering ved hjelp av talegjenkjenning er det viktig å ha stille arbeidsplass.

Det er økende tendens til utvidet diagnostikk under operasjon. Behovet for dette må vurderes, men en slik utvikling øker behovet for areal knyttet til operasjonsrommet.

9.6.11 Framskrivning

I tabell 9.6-7 vises framskrevet kapasitetsbehov per modalitet for HSYK, etter lokasjon. Det er i framskrivningene lagt til grunn samme vekst for CT og MR som for innlagte og poliklinikk, mens det forutsettes at nivået for RG og UL er som i dag. For beregning av kapasitetsbehovet er det tatt utgangspunkt i 8 timer brukstid per dag, og en gjennomsnittlig tid på undersøkelser per modalitet, som beskrevet i tabell 9.6-8.

Tabell 9.6-7 Framskrevet kapasitetsbehov med basis i aktivitet for gjennomførte undersøkelser per modalitet for år 2018.

Helgelandssykehuset HF – Røntgenavdelingen – Framskrevet kapasitetsberegning - år 2035					
Modalitet (antall)	Lokasjon Brønnøysund*	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
CT	(1)	1,5 (2)	0,8	1,1 (2)	3,4 (5)
MR	-	1,3 (2)	0,8	1,1 (2)	3,2 (4)
RG**	(1)	1,9 (2)	0,8	1,1 (2)	3,8 (5)
UL**	(1)	0,5 (1)	0,3	0,5 (1)	1,3 (3)

Merknad. *Modaliteter for Lokasjon Brønnøysund og DMS-et installeres november 2021 og er ikke lagt til grunn for beregninger.

**Beregnet med 0 % vekst år 2018 til 2035. CT: Computertomografi. MR: Magnetresonanstomografi. RG: Konvensjonell røntgen. UL: Ultralyd. Kapasiteter beregnet med standard forutsetninger i framskrivingsmodellen, foruten RG og UL.

Tall i parentes er antallet maskiner som er beregnet, når man runder av opp til nærmeste heltall. Mosjøen er inkludert i tallene for Sandnessjøen.

Med denne kapasitetsutnyttelsen vil behovet være om lag 2 MR og 2 CT i Sandnessjøen og omegn (MSJ+SSJ), men en del av aktiviteten vil bli overført til Brønnøysund, der det er planlagt med CT, RG og UL. Dersom all aktivitet for befolkningen i Brønnøysundområdet utføres i Brønnøysund for disse tre modalitetene, vil man kunne redusere behovet for maskiner i SSJ og omegn med om lag 0,5 CT og 0,5 RG. Dette er imidlertid en streng forutsetning, og det er rimelig å anta at det kan trekkes ut kapasitet for om lag 0,4 maskiner fra SSJ og omegn. Det vil igjen bety at det vil være overkapasitet på CT, RG og UL i Brønnøysund, med over 50 prosent.

Tabell 9.6-8 Standard forutsetninger og utnyttelsesgrader i beregning av kapasiteter for bildediagnostikk.

Standard forutsetninger og utnyttelsesgrader i beregning av kapasiteter for bildediagnostikk	
Utnyttelsesgrad for alle modaliteter	
Åpent i løpet av et år	230 dager
Bruktid per dag	8 timer
Tidsbruk per modalitet	
CT	25 minutter
MR	30 minutter
RG	15 minutter
UL	25 minutter

Oppsummert vil kapasitetene i SSJ og omegn framskrevet til 2035 være 1,5 CT (0,8+1,1-0,4). Dette må avrundes opp til to maskiner, som vil si at den samlede kapasiteten for SSJ og Brønnøysund vil være 3 CT-maskiner. Framskrevet aktivitet for MR anslår et behov for 2 MR i SSJ og omegn (0,8+1,1), mens det i Mo i Rana er et framskrevet behov på hhv. 1,5 CT og 1,3 MR. Det kan vurderes i hvilken grad MR-kapasiteten i Rana kan dekkes gjennom kveldspoliklinikker, mens det vurderes hensiktsmessig med 2 CT-maskiner. Behovet for RG og UL anslås å være som i dag.

Ved å bruke gjennomsnittlig tid per us. per modalitet for CT, MR, RG og UL, samt effektive driftstimer for MR gitt fra HSYK, gir det endret forutsetninger, enn hva som er oppgitt i tabell 9.6-8. Dette er beskrevet i tabell 9.6-9.

Tabell 9.6-9 Forutsetninger og utnyttelsesgrader i beregning av kapasiteter for bildediagnostikk gitt fra HSYK.

Forutsetninger og utnyttelsesgrader i beregning av kapasiteter for bildediagnostikk gitt fra HSYK	
Utnyttelsesgrad for alle modaliteter	
Åpent i løpet av et år	230 dager
Bruktid per dag (ekskl. MR)	8 timer
Bruktid per dag for MR	10 timer
Tidsbruk per modalitet	
CT	30 minutter
MR	45 minutter
RG	15 minutter
UL	20 minutter

I tabell 9.6-10 er det beregnet kapasiteter per modalitet i HYSK året 2035 ved å bruke forutsetninger og utnyttelsesgrader gitt fra HSYK (arbeidsgruppen). I tillegg er det lagt til grunn samme vekst for CT og MR som for døgnopphold (innlagte) og poliklinikk, hhv. 6,1 % og 32 % vekst, fra 2018 til 2035, mens det forutsettes at nivået for RG og UL er som i dag.

Tabell 9.6-10 Framskrevet kapasitetsbehov år 2035 med basis i aktivitet for gjennomførte undersøkelser per modalitet år 2018. Beregnet med forutsetninger og utnyttelsesgrader gitt fra HSYK.

Helgelandssykehuset HF – Røntgenavdelingen – Framskrevet kapasitetsberegning - år 2035					
Modalitet (antall)	Lokasjon Brønnøysund*	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
CT	(1)	1,8 (2)	0,9	1,3 (3)	4,0 (6)
MR	-	1,5 (2)	0,9	1,3 (3)	3,7 (5)
RG**	(1)	1,9 (2)	0,8	1,1 (2)	3,8 (5)
UL**	(1)	0,4 (1)	0,2	0,4 (1)	1,0 (3)

Merknad. *Modaliteter for Lokasjon Brønnøysund og DMS-et installeres november 2021 og er ikke lagt til grunn for beregninger.

**Beregnet med 0 % vekst år 2018 til 2035. Tall i parentes er antallet maskiner som er beregnet, når man runder av opp til nærmeste heltall. Mosjøen er inkludert i tallene for Sandnessjøen. Kapasiteter beregnet med forutsetninger gitt etter tilbakemelding fra Helgelandssykehuset HF (arbeidsgruppen).

For Mo i Rana er kapasitetsbehovet det samme om man benytter tidsbruken og driftstid i framskrivingsmodellen eller angitte forutsetninger fra HSYK (arbeidsgruppen).

For Sandnessjøen og omegn (SSJ+MSJ) er kapasitetsbehovet estimert til om lag 2,2 MR og 2,2 CT. Dette vil normalt avrundes til 3 MR og 3 CT. Likevel presiseres det som tidligere nevnt, at en del av aktiviteten på CT vil bli overført til Brønnøysund, og at behovet i Sandnessjøen og omegn derfor vil være 2 CT-er.

Når det gjelder MR i Sandnessjøen og omegn, må det vurderes om man kan korte ned tiden mellom pasientene ytterligere, med moderne maskiner og gode arealløsninger. I så fall vil det være tilstrekkelig med 2 MR-maskiner, men beregningene her tilsier avrundet opp til 3 maskiner (når man benytter 45 minutter per undersøkelse).

Framskrivning av aktivitet og medfølgende beregning av kapasiteter, vurdering av faglige trender og endringer i tjenesten må arbeides videre med i konseptfasen.

9.6.12 Oppsummering

Bilddiagnostikk er et fagområde i sterk vekst, også nasjonalt. Økningen er spesielt innen undersøkelser på MR, CT og til dels ultralyd. Generell røntgen øker ikke. Årsaker er medisinsk faglig og teknologisk utvikling. I HSYK øker antall henvisninger til CT på vakt. Noe som påvirker frekvens på utkalling av radiografer. Henvisning til MR er i så sterk vekst at alle sykehus i HSYK nå har utvidet drift 2 kvelder pr uke.

Det er viktig å planlegge tomt og bygninger slik at det gir mulighet for utvidelse i framtiden, dersom aktiviteten i sykehusene og ny teknologi gir andre muligheter enn det som er mulig å vurdere i dag. Arbeidsgruppen understreker at lokalisering av sykehus er viktig for hurtig tilgang på bilddiagnostikk for pasienter i en akutt fase. Dette gjelder spesielt ved mistanke om hjerneslag og kan påvirke behovet for en CT ved sykehuset i Mosjøen.

Faglig samarbeides det tett mellom sykehusene. HSYK har ett IKT fagsystem (PACS/RIS) som gir mange muligheter til samarbeid og dialog på tvers av sykehusene i hele Helse Nord. Dette gir også muligheter innen utdanning og kompetanseheving.

Organisering av ambulering av krevende. Fagmiljøene ved sykehusene i HSYK må være robuste for å få til dette.

Rekruttering av fagpersonell og beholde disse er meget viktig, for å ha mulighet til å møte framtidens fagutvikling og økende aktivitet. Dette gjelder for radiologer og radiografer. Oppgavedeling bør vurderes, men det må planlegges godt og være forutsigbart for de ansatte.

Behovet for antall MR og CT er økende i framtiden for HSYK, se delkapittel 16.1.10 Framskrivning.

9.7 LABORATORIEMEDISIN OG BLODBANK

9.7.1 Innledning

I dag er det Laboratoriemedisin og blodbank ved alle tre sykehus. Brønnøy kommune har laboratorievirksomhet. Det skal være aktivitet knyttet til Laboratoriemedisin og blodbank i Sandnessjøen og omegn og Mo i Rana, og laboratoriemedisin ved DMS i Sør-Helgeland i samarbeid/samhandling med kommune. Aktivitet knyttet til Helgelandssykehuset i Mosjøen, er under vurdering.

Målbeskrivelse for medisinsk biokjemi fra Den norske legeforening, legges ved som link:

<https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Medisinsk-biokjemi/Gammel-ordning/malbeskrivelse-medisinsk-biokjemi/>

Målbeskrivelse for immunologi og transfusjonsmedisin fra Den norske legeforening, legges ved som link: <https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Immunologi-og-transfusjonsmedisin/Gammel-ordning/malbeskrivelse-immunologi-og-transfusjonsmedisin/>

9.7.2 Spesifikke vedtak i Foretaksprotokollen

- *Helgelandssykehuset **Sandnessjøen** etableres som helseforetakets hovedsykehus med følgende funksjoner: **Akuttsykehus** med indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, **fødeavdeling**, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi. Det foreslås videre at Helgelandssykehuset Sandnessjøen skal ha urologi, plastikk-kirurgi, spesialisert rehabilitering/fysisk medisin, og øre-nese-hals som krever sengekapasitet.*
- *Helgelandssykehuset **Mo i Rana** etableres som **akuttsykehus**: Indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, ortopedi med akuttberedskap, **fødeavdeling**, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi.*
- *DMS i **Brønnøysund** planlegges som forutsatt.*
- *I konseptfasen **utredes etablering av polikliniske somatikk-tilbud** samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen. Som del av utredningen vurderes også det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern.*

Arbeidsgruppen anbefaler etablering av en tappestasjon til blodgivere for å beholde blodgiverkorps i Mosjøen og en tappestasjon i DMS Sør-Helgeland, for å rekruttere blodgivere. Laboratoriemedisinsk aktivitet utredes i sammenheng med etablering av polikliniske somatikk-tilbud som etableres i Mosjøen.

Særlige politiske føringer for fagfeltene

Blodbankvirksomhet er strengt regulert av lover, forskrifter, retningslinjer og kvalitetsanbefalinger. Blodforskriften er overordnet absolutte krav, deretter kommer retningslinjer for transfusjonstjenesten i Norge og andre Europeiske standarder som spesifisert i «guidelines to the preparation and use of blood components». Følgende aktører fører tilsyn ved blodbankene annethvert år: Statens helsetilsyn, Statens legemiddelverk og plasmapartner. Helse direktoratet godkjenner blodbanker. Helse direktoratet godkjenner blodbanker. I tillegg har de egen internkontroll i HSYK. Når det gjelder lokaler er dette spesifisert i Blodforskriftens paragraf 3. *Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre.* Dette er lagt ved som link: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-02-04-80>

Lov om medisinsk utstyr: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1995-01-12-6>

Fra Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023:

Pasienter møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv. Spesialisthelsetjenester som før krevde fysisk oppmøte utføres der pasienten bor ved hjelp av teknologi. Dette er enklere for pasientene og frigjør tid som helsepersonellet kan bruke på andre pasienter.

9.7.3 Dagens virksomhet

Alle laboratoriene i HSYK har prøver fra pasienter fra sengeposter, ekstern og intern poliklinikk og akuttmottak. Laboratoriene analyserer prøver innen fagområdene hematologi, koagulasjon, immunkjemi, medisinsk biokjemi, blodgass, pasientnære analyser, urinprøver og mikrobiologi tilpasset virksomheten. Det er laboratoriets personale som tar det aller meste av blodprøver på både innlagte og polikliniske pasienter. Blodbankene tapper blodgivere, fremstiller blodprodukter og utfører immunhematologiske analyser.

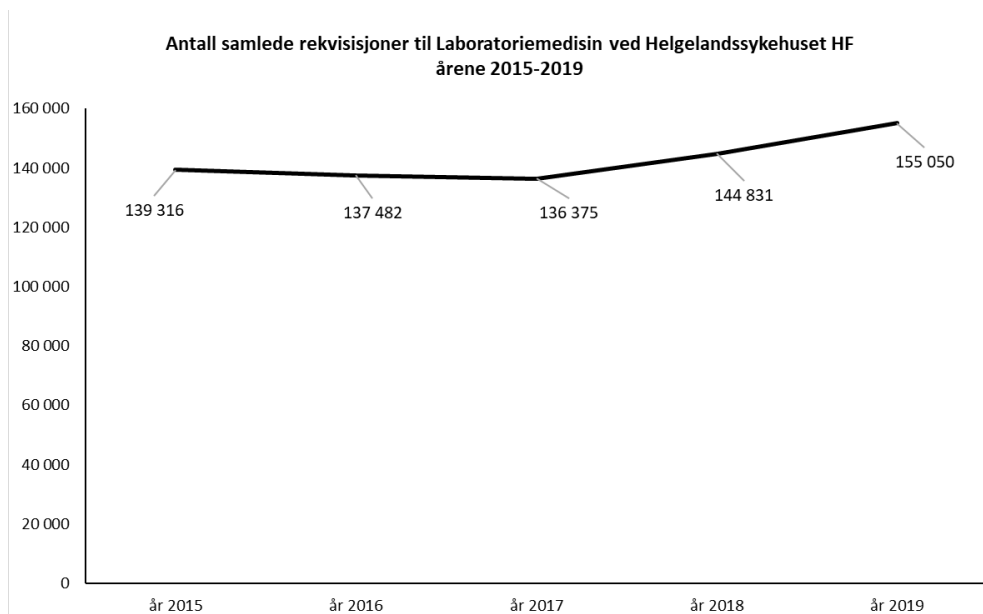
Alle lokasjoner har en 3-delt turnus, hvor det er døgnbemannet med 2 bioingeniører på ettermiddag og helg ved lokasjon MIR og SSJ. MSJ har 1 bioingeniør på ettermiddag og helg. Alle lokasjoner har 1 bioingeniør som går nattvakt. En oversikt over antall årsverk og ansatte er presentert i tabell 9.7-1.

Tabell 9.7-1 Årsverk og ansatte ved Laboratoriemedisin og blodbank etter lokasjon og samlet i HSYK per mai 2021.

Helgelandssykehuset HF – Laboratoriemedisin og blodbank - Årsverk og ansatte – per mai 2021					
Årsverk og ansatte (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Årsverk	-	19,5	11	19	49,5
Ansatte	-	22	11	19	52

9.7.4 Aktivitet laboratoriemedisin

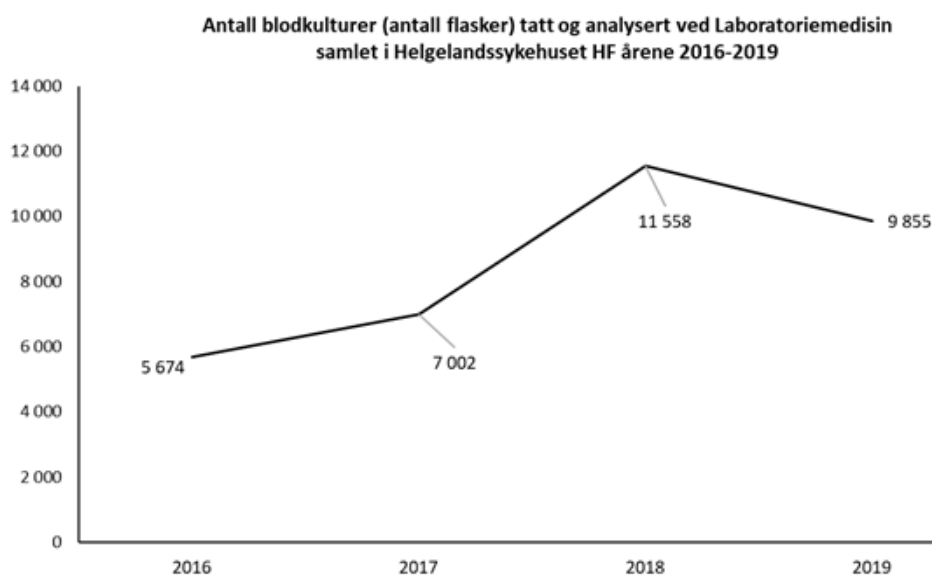
I figur 9.38-1 illustreres samlede antall rekvisisjoner til Laboratoriemedisin ved HSYK årene 2015 til 2019.



Figur 9.7-1 Antall samlede rekvisisjoner til Laboratoriemedisin ved Helgelandssykehuset HF årene 2015-2019. Aktiviteten fordeler seg mellom Helgelandssykehuset HF sine lokasjoner Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. Datakilde: VA: DipsLab, HSYK.

For samlede antall rekvisisjoner til Laboratoriemedisin ved HSYK var det en svak reduksjon fra 2015 til 2017, fordi færre legekontorer henvendte seg til HSYK i den perioden. Fra 2017 til 2019 har det vært en jevn økning. Samlet sett i perioden 2015 til 2019 økte antall samlede rekvisisjoner med 11,3 % i perioden 2015 til 2019 - som vist i figur 9.6-1. Foruten dette, var det for antall rekvisisjoner for inneliggende og rekvisisjoner for ekstern, samt intern poliklinikk vært en stabil økning i perioden 2018-2019. Samme trend sees også når aktiviteten deles inn etter kategoriene elektive og spesielt for ø-hjelps-rekvisisjoner – noe som henger sammen med et økende behov for raskere prøvesvar. Antall rekvisisjoner for barn (0 til 17 år) har hatt en stabil økning i samme periode.

I figur 9.7-2 illustreres antall blodkulturer tatt og analysert ved Laboratoriemedisin samlet i HSYK årene 2016 til 2019.



Figur 9.7-2 Antall blodkulturer (antall flasker) tatt og analysert ved Laboratoriemedisin samlet ved Helgelandssykehuset HF årene 2016-2019. Aktiviteten fordeler seg mellom Helgelandssykehuset HF sine lokasjoner Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. Datakilde: VA: DipsLab, HSYK.

Antall blodkulturer (antall flasker) tatt og analysert ved Laboratoriemedisin samlet i HSYK økte i perioden 2016 til 2019 med 73,7 %, som vist i figur 9.6-2. Aktiviteten varierte noe fra år til år, noe som kan henge sammen med variasjonen i innlagte pasienter med infeksjonssykdommer. Den samlede økningen fra 2016 til 2019 kan henge sammen med økt satsing på tidlig oppdagelse av sepsis, samt økning av antall eldre i samme periode.

9.7.5 Aktivitet blodbank

Det har vært en stabil aktivitet over tid for antall tappinger av blodgivere og transfusjoner av blod og blodprodukter fra 2015 til 2019 – det samme sees for antall analyser utført på blodgivere i samme periode. For antall veneseccioer har aktiviteten fra 2015 til 2019 gradvis gått ned. Tabell 9.7-2 viser aktiviteten samlet for blodbankene i Helgelandssykehuset HF året 2019.

Tabell 9.7-2 Aktivitet samlet for blodbankene i Helgelandssykehuset HF året 2019. Datakilde: VA: DipsLab, HSYK.

Helgelandssykehuset HF – Blodbankene - Aktivitet - år 2019					
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Tapping av blodgivere	-	1 190	366	842	2 398
Transfusjon av blod og blodprodukter*	-	1 710	231	1 197	3 138
Veneseccioer	-	**	30	30	60
Analyser utført på blodgivere	-	1 1763	3 444	7 065	22 272

Merknad. *Aktiviteten *Transfusjon av blod og blodprodukter* dekker blodbankene sine oppgaver i å lagre og utlevere produkter ved behov. ** Aktiviteten gjøres ved en annen avdeling (Medisinsk avdeling) enn ved Blodbanken i Mo i Rana.

9.7.6 Karakteristika ved dagens virksomhet

Antall henvisninger til analyser som skal utføres som øhj, øker. Noe som er krevende når det gjelder kapasitet og logistikk. Alle prøver fra mottakene i sykehusene blir henvist som øhj, uansett om det er medisinsk begrunnet, eller ikke. Økte unødvendige ø-hjelpsbestillinger fører til økt press på blodprøvetakere (de som har øhjepsfunksjon) og på maskinene, som igjen fører til at labsvarene på de pasienter som virkelig er ø-hjelp kommer senere enn nødvendig. Dette har utviklet seg over tid fordi henviser ønsker rask avklaring av pasientens tilstand, selv om det medisinsk sett kan avvendes.

Den samme tendensen ses fra sykeavdelinger, når det gjelder behov for kort svartid på inneliggende pasienter, bestilles det øhj analyser. Kapasiteten på maskinene er for lav, øhj prøver må prioriteres. Dette medfører forsinkelser av andre analyser.

De fleste laboratorie- og blodbank analysemaskiner har kort brukstid (7-10 år) og må reinvesteres før nye HSYK er på plass. De ulike lokasjoner for Laboratoriemedisin- og blodbankvirksomhet i HSYK har tilnærmet lik utstyrspark 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. Per i dag er det mange manuelle rutiner i blodbankene. Denne prosessen må satses på allerede nå, og før det nye Helgelandssykehuset er 100% etablert. Framtidens investeringer i HSYK må være samordnet og samarbeid med primærhelsetjenesten må styrkes og formaliseres, også når det gjelder investeringer i pasientnære analysemaskiner.

HSYK er budbringer, eller et mellomledd, for ett stort antall prøver fra primærhelsetjenesten og som skal videre i Helse Nord. Et beskjedent antall går til HF utenfor Helse Nord.

Det er utfordringer knyttet til sendinger i helg/høytid, da transportruter er begrenset. Det er færre flyavganger og båtavganger i helg/høytid og Helsekspresen går bare på hverdager. Noen ganger benyttes kurer som er en svært dyr ordning.

Værforholdene er utfordrende, og kan forsinke nødvendig transport. Dette gir utfordringer med leveranser av utstyr ved stengte veier. Det er stort behov for lagerplass, slik at sykehusene ikke går tomme når det er utfordringer knyttet til transport.

Ett stort antall sendeprøver sendes ut av regionen (tabell 9.7-3). Dette forsinker diagnostikk, og det oppleves som et stort behov for å utvide aktiviteten ved HSYK. Begrunnelsen er pasientsikkerhet, ved at flere typer analyser tar kortere tid å oversende til henviser. Ett eksempel er behovet for å stille tidlig diagnose ved mistanke om diabetes 1 og 2. analyser knyttet til denne pasientgruppen sende til UNN Tromsø og Oslo for tolkning. Svar kan ta opptil 2 uker. Noe som forsinker oppfølging og behandling av pasientene.

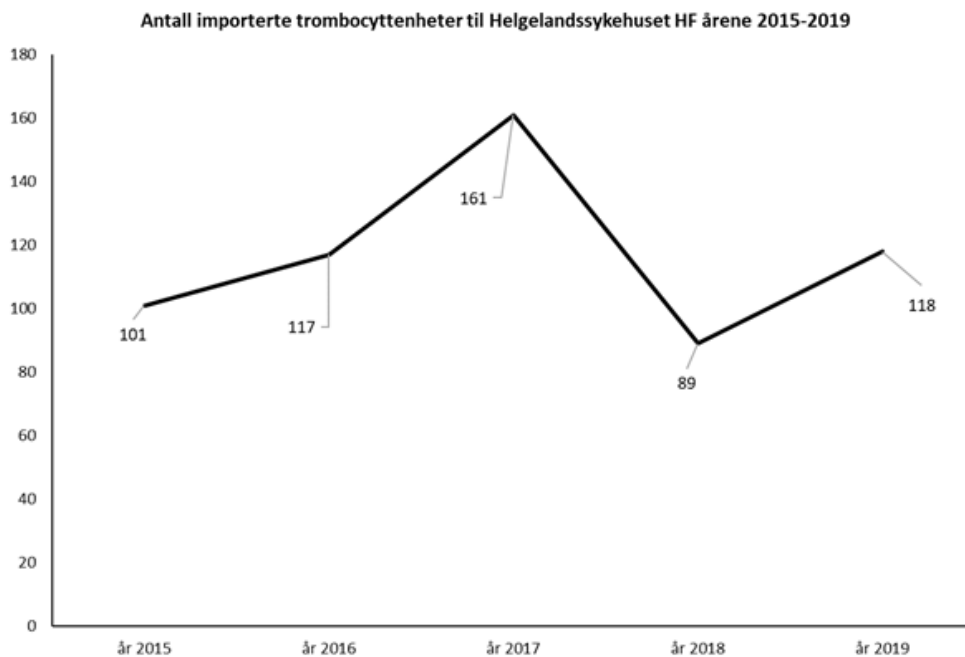
Tabell 9.7-3 Sendeprøver ut av HF-et HSYK år 2019. Datakilde: VA: DipsLab, HSYK.

Helgelandssykehuset HF - Laboratoriemedisin - Sendeprøver ut av HF-et - år 2019					
Sendeprøver ut av HF-et (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Interne (Helse Nord RHF)	-	37 400	10 801	14 430	62 631
Eksterne	-	1 322	668	780	2 770
Mangler kode	-	1 295	215	214	1 724
Sum sendeprøver	-	40 017	11 684	15 424	67 125

DMS i Sør-Helgeland må ha PNA (pasientnære analysemaskiner) som kreves for å kunne analysere de blodprøvene som er nødvendige sett opp mot funksjonene i DMS i Sør-Helgeland, men i samarbeid med laboratorier i HSYK. I dag sender Brønnøy kommune prøver til analyser i Bodø. I framtiden bør mest mulig prøver sendes til HSYK. På denne måten ivaretas pasientsikkerheten ved at HSYK har innsyn i pasientens analysehistorikk. Dette vil effektivisere behandling ved eventuell innleggelse eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Pr i dag har ikke HSYK innsyn i svar på analyser som blir tatt ved det kommunale laboratoriet i Brønnøy kommune.

Antallet importerte trombocyttenheter til Helgelandssykehuset HF har variert noe fra år til år (figur 9.7-3) – fulgt av en naturlig variasjon i behovet. Ved behov for massiv transfusjon i akutte

situasjoner, er Helgelandssykehuset HF med akuttfunksjon, sterkt anbefalt gjennom Nasjonal Traumeplan (<https://traumeplan.no/index.php?action=showtopic&topic=CwG6QrNZ>) å etablere hurtig kontakt med nærmeste blodbank som innehar trombocytter. Helgelandssykehuset HF importerer per i dag trombocyttenheter i hovedsak fra Nordlandssykehuset HF Bodø og UNN HF Tromsø. Forsendelsen sendes via fly- eller annen transport, noe som er utfordrende da flytilbudet er redusert og spesielt vanskelig på helligdager, samt helg. Dette vanskeliggjør tilgangen på trombocytter ved akutte situasjoner. Av hensyn til pasientsikkerhet er det nødvendig med eget trombocytt/blodplater produksjon i HSYK.



Figur 9.7-3 Antall importerte trombocyttenheter til Helgelandssykehuset HF årene 2015-2019. Aktiviteten fordeler seg mellom Helgelandssykehuset HF sine lokasjoner Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. Datakilde: VA: DipsLab, HSYK.

Dersom HSYK skal starte opp trombocyttproduksjon er det behov for å øke tappevolumet. For å rekruttere og beholde blodgivere er det viktig med lett tilgang til tappestasjoner, også i Mosjøen og Brønnøysund. Et alternativ som kan vurderes er en blodtappebuss. Lenke til lignende ordning i Oslo legges ved her: <https://vartoslo.no/andr-kjernsli-blodbussen-guro-oterhals/blodbussen-reiser-rundt-i-byen-og-tapper-folks-arer/200070>.

Det er behov for å utarbeide en laboratoriehåndbok spesielt tilpasset HSYK. Når legekontorer har behov for å slå opp i ei legehåndbok for å finne ut hvordan de skal behandle aktuell prøve som skal sendes til HSYK, er det hensiktsmessig at beskrivelsen kommer fra utførende lab. Behandling og holdbarhet på prøver, kan variere fra metode til metode. Lenke til lignende for Nordlandssykehuset legges ved her: https://lab.nordlandssykehuset.no/?lang=no_NO.

Fagmiljøet har sendt henvendelse til adm. dir. ved HSYK om behovet for å ha en spesialist i medisinsk biokjemi knyttet til HSYK. Evt. etablere avtale med en støttefunksjon i annet foretak, men innad i Helse Nord. Dette bidrar til økt kvalitet og økt aktivitet i tjenesten.

9.7.7 Logistikk blodprøver og forsendelser av blodprodukter

Institusjoner i kommunen leverer blodprøver fortløpende, hele døgnet. Primærhelsetjenesten pr i dag bruker ERL (elektronisk rekvirering av laborietjenester), men denne ordningen gjelder ikke for kommunale institusjoner. Her må alt rekvireres manuelt, men besvares elektronisk. Det er svært

ønskelig at de kommunale institusjonene kan behandles på samme måte som primærhelsetjenesten, og at disse får ERL. Dette effektiviserer mottak og fordeling av prøver, samt minimerer preanalytiske feil og forsterker pasientsikkerheten. Mange kommuner bruker DIPS INTERACTOR til å rekvirere elektronisk til laboratorier og for radiologiske undersøkelser. Kommuner som har denne løsningen, bør kunne samhandle/ utveksle informasjon enklere med HSYK. Se link til elektronisk rekvirering i Helse-Nord: <https://helse-nord.no/elektronisk-rekvirering>.

Det er utfordringer knyttet til at kommunene benytter forskjellige journalsystem. DipsLab er pasientdatasystemet som er tilpasset laboratoriets arbeidsoppgaver. HSYK mottar bestillinger fra rekvirentene og svarer ut prøvene. Det er mulighet for å redigere på bestillingene de får, ved behov. De ser hele analysehistorikken på pasienter i foretaket og har oversikt over aktiviteten på avdelingen, og hva som til enhver tid mangler svar. Analysemaskinene er koblet opp mot mellomvareløsninger som igjen kommuniserer med DipsLab.

Logistikken rundt transport av blod-produkter og -prøver er svært komplisert på grunn av geografiske forhold. I dag benyttes alle typer transportmidler som buss, drosje, tog, ambulanse-bil og båt, fly og helikopter.

Det pågår utviklingsprosjekter med bruk av droner. Ett eksempel er fra Helse Vest, og lenke legges ved her: <https://helse-vest.no/nyheiter/nyheiter-2020/ny-drone-skal-hjelpe-sjukehusa-pa-vestlandet>

Transportmidler som brukes i dag til sendeprøver

Fra legekontorer/primærhelsetjenesten til laboratoriene i HSYK:

- Posten via Bring avtalen
- Båt/bus spesielt til Sandnessjøen
- HelseEkspressen som kjører fra Brønnøysund hverdag
- Budbil som samler prøver fra legekontorer

Transport av blodprøver fra HSYK laboratoriene til andre sentral og regional laboratorier innen Helse Nord (NLSH, UNN) og utenfor regionen:

- Via fly i henhold til Jetpak avtalen
- MIR sender blodprøver med Bring til Helse Nord og til utførende laboratorium utenfor Helse Nord. Det benyttes for det meste "Ekspress over natt" både nordover og sørover. I helt spesielle tilfeller benyttes JetPak, eksempler her kan være ved diagnostikk rundt mulig organdonasjon.

Transport av blodkomponenter fra blodbankene til primærhelsetjenesten (legekontorer, sykehjem og lignende):

- Båt/bus spesielt
- HelseEkspressen som kjører fra Brønnøysund hverdag

Transport av blodkomponenter og blodprodukter mellom sykehusenhetene i HSYK:

- HelseEkspressen
- Offentlig buss
- Drosje
- Drosje med pasient transport oppdrag
- Sykehusansatte som kjører i annet oppdrag fra den ene enheten til den andre.

Transport av blodkomponenter og blodprodukter fra andre blodbanker i Helse Nord og utenfor Helse Nord til blodbankene i HSYK (gjelder stort sett erytrocyttkonsentrat og trombocytter):

- Fly i henhold til Jetpak avtalen

Transport av blodprodukter fra avtale partner medisinalfirma til blodbankene i HSYK:

- Via fly med post eller Jetpak

Blodbanken i Sandnessjøen sender blod for transfusjon til flere kommuner i deres nedslagsfelt, med HelseEkspressen, rutebuss eller båt.

Jetpak og/eller Bring benyttes også ved høytider og helligdager, samt spesialanalyser som må sendes til utlandet eller prøver som må ankomme ekstern lab, utenfor HF, innen kort tid.

9.7.8 Samhandling mellom HSYK og andre HF, sykehus i HSYK og DMS i Sør-Helgeland

Blodbankene i Helgelandssykehuset har, per i dag, formelle skriftlig avtale som er inngått mellom HSYK på foretaksnivå og henholdsvis blodbanken i UNN og blodbanken i NLSH.

Blodbankene på enhetene Sandnessjøen og Mosjøen har også formelle skriftlig avtaler med primærhelsetjenesten (legekontorer/sykehjem) som de sender blod til.

Laboratoriene har ingen slik formelle avtaler med UNN, NLSH eller primærhelsetjenesten. Formelle skriftlig avtaler for laboratoriene må utarbeides med hjelp fra samhandlingssjefen for HSYK. Formelle skriftlig avtaler må også utarbeides i forhold til DMS i Sør-Helgeland.

Labstedene og blodbankene samarbeider godt og avhjelper hverandre hvis svikt i leveranser (reagens, prøvetakingsutstyr, kontroller, etc.) Videre avhjelper Labstedene og blodbankene hverandre også ved blod/blodprodukt-mangel. Alle tre blodbanker er innom hverandre på intervensjon, hvor de bytter på hvem de besøker og hvem som tar imot fra år til år.

Forvaltningssenter for laboratoriefagsystemer (FSL), er en regional enhet underlagt E-helse, samhandlings- og innovasjonssenter på UNN. FSL har funksjonell forvaltning av alle regionale laboratorie-fagsystemer i Helse Nord, for HSYK vil det si DipsLab, Labcraft og ERL (elektronisk rekvirering av laboratorietjenester), samt tjenestetilbud i Arena. FSL skal sørge for vedlikehold av fagsystemer i tråd med regionale standarder, konfigurering og kontinuerlig rydding i kodeverk/oppsett. FSL er brukerstøtte for labsystemer og bidrar med feilsøking og feilretting, samt testing ved oppgraderinger og ny funksjonalitet.

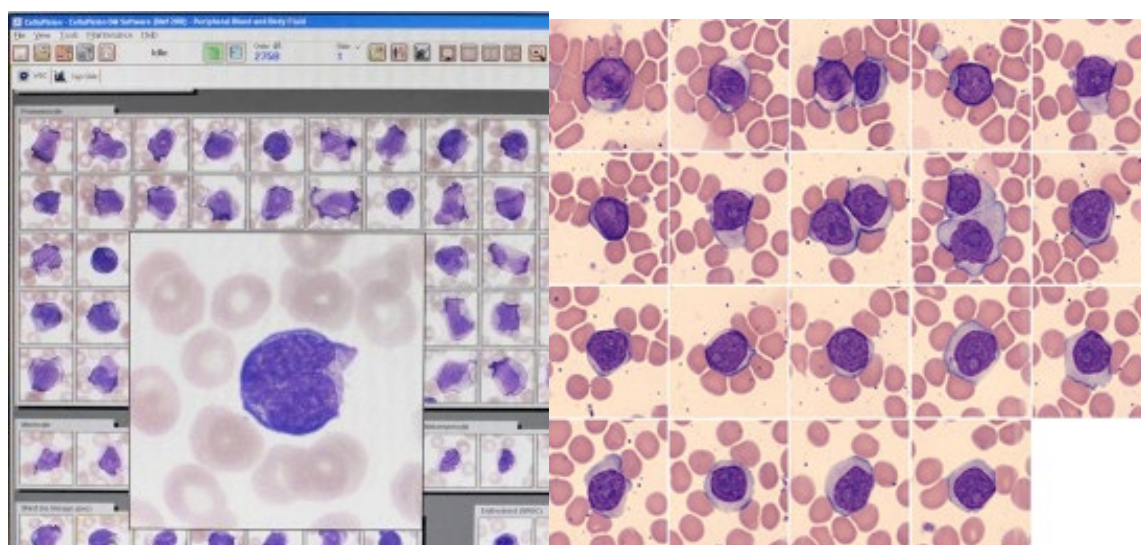
9.7.9 Trender, utviklingstrekk, nye forutsetninger

Faglige utviklingstrekk

Trenden innenfor laboratoriemedisin er økt automatisering og økt krav til preanalyse, som gir behov for store og arealkrevende analysemaskiner, og mer krevende prosess ved analyser (samlebånd vedr transport av prøver). Det går også i retning av mer sentralisering av avansert analyseutstyr.

Mange prøver blir tatt i primærhelsetjenesten, og noen av disse analyseres pasientnært. Eksempler på analyser er hemoglobin, CRP, INR, glukose, Hba1c og enkelte urinprøver. Dette anses som en fordel for pasienter som ikke trenger å reise langt til sykehus. Ved mer opplæring av personell ute i kommunene, kan dette tilbudet utvikles videre.

Videre er det en økt trend innenfor desentralisert transfusjon av blod og blodprodukter. Helgeland er et stort geografisk område og ved kysten er det mange sykehjem og legekontorer spredt over mange øyer med lang transport. I dag, spesielt fra sykehuset i Sandnessjøen, sendes blod til ulike sykehjem/legekontorer slik at pasienter som ikke tåler transport til sykehus får blodtransfusjon der de bor. Helsepersonell i distriktene får opplæring og sertifisering slik at kvaliteten på blodtransfusjonen ivaretas og at krav om dokumentasjon som er spesifisert i blodforskriften oppfylles. I tillegg skrives gjensidig detaljert samarbeidsavtale mellom blodbanken og transfusjonsstedet som spesifiserer plikter, prosesser, logistikk og hvem som har ansvar for hva. Desentralisering av blodtransfusjon i framtiden kommer til å bli styrket og videreutviklet. Vurdering av celler i blod (og kroppsvæske) ved hjelp av manuell mikroskopi er en tidkrevende laboratorieprosedyre som er avhengig av erfarent personell. Nå er hematologiinstrumentene blitt bedre og antall blodutstryk som blir lagd er redusert, selv om leverandørene av instrumentene og NOKLUS anbefaler vurdering av utstryk i tillegg. Som nevnt over er dette en oppgave som krever en meget god kompetanse på dette området, og som lokalsykehus har HSYK ikke en hematolog som kan signere/vurdere utstrykene, og de blir sendt til NLSH. Med CellaVision har HSYK mulighet til å få blodutstrykene raskere vurdert av en hematolog, da det er bilder av cellene som sendes elektronisk. CellaVision gir HSYK noen viktige fordeler; forbedret effektivitet som følger med automatisering av manuelle prosesser, forbedret kvalitet av resultater ved å fremme standardisering på en manuell prosedyre, forbedret samarbeid innen og mellom laboratorier, og en generell kompetanseheving i vurdering av blodutstryk. Å erstatte manuell mikroskopi med en mer standardisert testprosess hjelper HSYK med å administrere kvalitet og sikre at bioingeniørene rapporterer testresultater med jevn nøyaktighet og pålitelighet. CellaVision muliggjør ekstern vurdering og støtter kvalitetssikring ved å gi full sporbarhet ned til det enkelte cellenivå, som illustrert i figur 9.7-4.



Figur 9.7-4 Illustrasjon av CellaVision og sporbarhet ned til det enkelte cellenivå. Kilde: Bilde 1 <http://blog.cellavision.com/cellavision-software-3-1-1-upgrade/>. Bilde 2 <http://blog.cellavision.com/mystery-cells-case-12/>.

Det er behov for bioingeniører med generell kompetanse ved HSYK, men også noen med utvidet kompetanse innen mikrobiologi og IKT direkte knyttet mot labvirksomhet, da det er spesifikke behov mot de ulike mellomvarene vi har fra instrumentleverandørene. Det er økning i behov for utvidet kompetanse innen IKT og mikrobiolog, samt forhold knyttet til pandemi. Fordi HSYK har studentundervisning er utvidet kompetanse innen pedagogikk ansett som nødvendig.

Det bør satses på automasjon og arbeidslogistikk allerede nå, og ved nyinvesteringer i dagens sykehus. Det må legges til rette for kompatibilitet mellom datasystemene i HSYK og i primærhelsetjenesten. Laboratoriene må ta styring av pasientnære analysemaskiner både innen

sykehuset og i sykehusets distrikt. Automasjon knyttet til blodbank haster pr i dag. Bemanningen må ta høyde for at dagens vaktordning (døgkontinuerlig, 3-delt-vaktsystem) må videreføres og bemanning justeres etter framtidens behov.

9.7.10 Pasientstrømmer og oppgavefordeling

Det skal være laboratoriefunksjon ved helseforetakets i HSYK Sandnessjøen og omegn samt ved HSYK Mo i Rana med analysekapasitet som sikrer akutt beredskap.

Det bør være to fullverdige blodbanker i de to lokasjoner i HSYK Sandnessjøen og omegn og HSYK Mo i Rana, og det bør være tappestasjoner i HSYK Mosjøen og ved DMS i Sør-Helgeland.

9.7.11 Dimensjonering

Analyserepertoaret tilpasses det enkelte labsted i henhold til funksjonsfordeling.

Samlet automasjonslinje må være kompatibel ved sykehusene, også for å være back-up for hverandre.

Utviklingen er økende aktivitet og økende maskinpark ved alle laboratorier i HSYK, og dette gir press på dagens arealer. Ved planlegging av nytt sykehus og/eller ombygging må dette tas hensyn til og dimensjoneres i samsvar med utviklingen. Ved for eks. produksjon av trombocytter ved HSYK, vil dette påvirke arealet. Dersom HSYK skal «ta hjem» flere prøver må det settes av arealer til det.

9.7.12 Oppsummering

Aktivitetene i DMS Sør-Helgeland og polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen er under utredning. I konseptfasen må laboratoriemedisinsk aktivitet i Mosjøen utredes i sammenheng med etablering av poliklinisk somatisk tilbud.

Laboratoriene ved HSYK har tilpasset lab- og blodbankvirksomheten for å drive som et lokalsykehus med akuttberedskap. Det viser seg et behov for å legge til ytterligere funksjoner for å ivareta pasientsikkerheten på en mer effektiv måte. Eksempelvis har korona-pandemien belyst nødvendigheten for å etablere et nytt fagfelt, mikrobiologi.

Arbeidsgruppen anbefaler etablering av tappestasjon til blodgivere i Mosjøen og DMS Sør-Helgeland. Dette bør gjøres for å beholde blodgiverkorps i Mosjøen og rekruttere nye blodgivere fra Sør-Helgeland. Man kan også vurdere bruk av blodtappingsbuss som kjører til ulike steder, i stedet for, eller i tillegg.

Laboratoriene og blodbankene i nye HSYK bør satse på automatisering av analyseprosessen, målet med dette er å ivareta pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk. Vi må sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan. For eksempel desentralisering av blodtransfusjon til der hvor pasienten bor er en prosess som allerede har startet, og som bør styrkes i det nye HSYK.

En del analyser som per i dag sendes ut av HSYK må tas tilbake til laboratoriene i HSYK.

Arbeidsgruppen har invitert leger til å komme med innlegg med begrunnede ønsker. Det foreligger forslag og dialogen med legene som er premissleverandører i denne sammenheng bør fortsette i framtiden. Det må tilstrebes å få samtlige legekantor i primærhelsetjenesten til å sende blodprøvene til HSYK for analyse.

Per i dag importeres trombocytter(blodplater) fra andre sykehus. Begrenset tilgjengelighet når produktet trengs er et stort problem. For å ivareta pasientsikkerheten bør Helgelandssykehuset produsere egne trombocytter. Det vurderes om produksjonen skal foregå ved kun en lokasjon, eller om det er mest hensiktsmessig at produksjonen utføres på begge lokasjonene.

Det bør ansettes en legespesialist i laboratoriemedisin i det nye HSYK. Det bør satses på ekstra spesialisering blant bioingeniører når det gjelder data, mikrobiologi, blodbank, pasientnære analyser og andre fagområder. Det bør også satses på en laboratoriehåndbok for Helgelandssykehuset.

Logistikk av blodprøver og forsendelser av blodprodukter må være stabilt. Det gode samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og andre sykehus må videreføres.

Utviklingen er økende aktivitet og økende utstyrspark ved alle laboratorier i HSYK, og dette gir press på dagens arealer. Ved planlegging av nytt sykehus og/eller ombygging må dette tas hensyn til og dimensjoneres i henhold til utviklingen

Laboratoriene og blodbankene i det nye HSYK må bidra med deres del for realisering av visjonen om at HSYK skal være Norges beste lokalsykehus, ett sykehus som gir trygghet for befolkningen på Helgeland. Det skal være pasienttilpassede, kunnskapsbaserte og sammenhengende tjenestetilbud av høy kvalitet, som møter dagens og fremtidens behov. Helgelandssykehuset skal bidra til et Helgeland som er attraktivt og i utvikling for fagmiljøene og samarbeidspartnere.

Helgelandssykehuset skal gi tilgjengelige, gode og likeverdige tjenester til alle som trenger det.

Laboratoriene og blodbankene i HSYK har lang tradisjon med godt samarbeid og dette vil gjøre prosessen mot det nye Helgelandssykehuset langt enklere.

9.8 FORSKNING, INNOVASJON, UTDANNING OG OPPLÆRING. REKRUTTERING OG BEMANNING

Kapittelet omfatter de fire hovedområdene forskning, innovasjon, utdanning og opplæring. Kapittelet omhandler også bemanning og rekruttering. Disse forholdene har sterke avhengigheter



Figur 9.8-1 Sammenhengene mellom satsingsområdene forskning, innovasjon og utdanning

Utgangspunktet for arbeidet i arbeidsgruppen var forskning, innovasjon, utdanning og opplæring (personell). Disse har selvstendige mål og prosesser. Samtidig viser arbeidet med disse områdene betydningen samspeillet mellom faktorene har hver prosess, og for rekruttering/stabilisering.

9.8.1 Spesifikke vedtak i Foretaksprotokollen

I innledningen til styresak 137-2019 presiseres begrunnelsen for å gå fra 3 sykehus til 2 sykehuslokasjoner, og til ETT HSYK-tjenestetilbud*:

«...Hovedargumentene for ønsket om å endre strukturen har alltid vært de samme: Rekruttering av fagpersoner, utvikling og stabilisering av sterke fagmiljøer»

*Ett Helgelandssykehus.... er forankret i protokollens punkt 2.

I Foretaksprotokollen er det gitt særlige oppdrag som er relatert til *kunnskap* og *utdanning*.

5. Befolkningen skal møte en **kunnskapsbasert praksis**, og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med kvalitet.

8. Styret ber adm. direktør om å ta initiativ til et samarbeid med Nord universitet om **videreutvikling av sykepleierutdanningen** på Helgeland slik at kapasiteten økes, rekrutteringen kan styrkes og praksisplassene i spesialisthelsetjenesten brukes til å utdanne sykepleiere.
9. For å styrke rekrutteringen av leger på Helgeland ber styret adm. direktør om å ta initiativ til et samarbeid med Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet slik at **medisinerstudenter får gjennomført 5. og 6. år** av utdanningen på Helgeland, etter modell fra Bodø og Hammerfest.

Forskning og utdanning er pålagte hovedoppgaver i spesialisthelsetjenesteloven.

§ 3-8. Sykehusenes oppgaver

Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver:

1. pasientbehandling,
2. utdanning av helsepersonell,
3. forskning, og
4. opplæring av pasienter og pårørende

I styringsdokument for Nye HSYK er følgende spesifikt rettet mot kunnskapsutviklende prosesser og rekruttering.

4. Helgelandssykehuset er en **attraktiv arbeidsplass** med stabilt fagmiljø, godt arbeidsmiljø og riktig kompetanse

b) Tjenesten skal utformes slik at det **rekrutteres** til stillinger i Helgelandssykehuset – fra hele Helgeland og utenfor Helgeland

c) Helgelandssykehuset skal gi faglig utvikling slik at **medarbeidere ønsker å være en del av teamet på Helgeland.**

5. Helgelandssykehuset er **attraktivt for utdanning, forskning og kunnskapsbasert kompetanseutvikling**

- A) Helgelandssykehuset skal være et attraktivt **praksissykehus** for grunnutdanning og spesialisering
- B) Helgelandssykehuset skal være en god **samarbeidspart med utdanningsinstitusjonene**
- C) Helgelandssykehuset skal være attraktivt for **forskning og utvikling**
- D) Helgelandssykehuset skal være en del av et større nettverk i Helse Nord RHF som sikrer **utdanning av helsepersonell** og hospiterings- ordninger, i tett samarbeid med universitet og høyskoler i landsdelen
- E) Helgelandssykehuset skal i samarbeid med UiT tilby 5. og 6. års **medisinerutdanning** på Helgeland
- F) Helgelandssykehuset skal ha et tett samarbeid med kommuner og utdanningsinstitusjoner for å styrke **sykepleierutdanningen**
- G) **Praksisplasser** skal styrkes både for utdanning av sykepleiere og allmennleger

Helse Nord RHF har iverksatt arbeid med ny **forsknings og innovasjonsstrategi**. Den er foreløpig ikke tilgjengelig

Helse Nord har vedtatt strategi for utdanning «*sammen om helse i nord*» 2021-2024

Et uttrekk fra strategien viser hovedfokus

- prioritere vesentlig **mer ressurser** til utdanning og kompetanseutvikling
- **samarbeide tett med utdanningsinstitusjonene** for økt kapasitet, inkludert desentralisert utdanning

9.8.2 Dagens virksomhet

9.8.2.1 forskning og innovasjon

Det er etablert et innovasjonsutvalg består av bruker, eksterne og interne medlemmer. Utvalget har utarbeidet en innovasjonsstrategi. Det er avsatt frie innovasjonsmidler, etablert en innovasjonspris som utlyses og premieres, første gang i 2021. HSYK har lansert innovasjonsplattformen Induct med poenggivende nye innovasjoner for foretaket. Det er etablert rutiner for ideunnfangelse på foretaket, derav et samarbeid med Kunnskapsparken Helgeland som kommersialiseringsaktør. Det er etablert samarbeid med næringsliv, universiteter, kommuner og forskningsinstitutter omkring flere søknader og prosjekter innen velferdsteknologi og desentralisert helsevirksomhet/e-helse og utdanning, og HSYK fikk i 2020 over kr. 20 millioner i eksterne innovasjonsmidler.

Forskningsutvalget i Helgelandssykehuset består av bruker, helsepersonell fra enhetene, forsker fra klinisk utdanningsavdeling ved UNN og forskning – og innovasjonssjef i 100 % stilling. Forskningsutvalget diskuterer forskningsstrategier og forskningsmidler. Innenfor forskning er antall registrerte vitenskapelige artikler økende (fra sju i 2019 til 25 i 2020). Frem mot 2022 vil foretaket få sju doktorgradsprosjekter, en fortsatt økning fra fire i 2018 og fem i 2019. I tillegg til forskningsleder det kun to 50 % eksternfinansierte forskningsstillinger (som utløper i 2021), og en 20 % førsteamanuensisstilling mot Universitetet i Oslo.

Foretaket har etablert en intern forskningspris som ble utdelt første gang i 2020.

9.8.2.2 Utdanning og opplæring

Utdanning er en av Helgelandssykehusets kjerneoppgaver (Lov om spesialisthelsetjenesten § 3- 8). Helseforetakene har som arbeidsgiver ansvar for å planlegge, sikre og utvikle kompetanse, slik at tjenestene ivaretas med god kvalitet både på kort og lang sikt (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-10).

Autorisert helsepersonell har et selvstendig ansvar for å være faglig oppdatert slik at de kan utføre sitt arbeid forsvarlig (Helsepersonelloven Kapittel 2, Krav til helsepersonells yrkesutøvelse).

Årlig er det vel 380 studenter og elever som gjennomfører sine praksisstudier Helgelandssykehuset. Det er derfor mange medarbeidere i Helgelandssykehuset som er involvert i å lære opp og veilede studenter og elever.

Helgelandssykehuset har søkt godkjenning for 18 ulike spesialiseringløp for leger og det gjennomføres spesialistutdanning for psykologer.

Helgelandssykehuset har en årlig kompetanseplan der ulike opplæring- og utdanningsbehov blir prioritert og finansieres av midler avsatt til formålet. I tillegg har hver enhet, hvert område, hver avdeling sitt skreddersydde opplegg for kompetanseutvikling og ferdighetstrening. Mange avdelinger organiserer dette ved å ha faste fagdager i turnus/arbeidsplan. Det gjennomføres også internundervisning innen ulike fagområder fra interne forelesere eller i ett faglig samarbeid med NLSH/UNN/Nord/UiT/andre.

Det gjennomføres team trening for involvert fagpersonell i mange ulike akutt situasjoner som traume, hjertestans, sepsis, syke barn/babyer, hjerneslag, og akutt psykisk syke. Til å lede og gjennomføre treningen er det utdannet fasilitatorer.

Helgelandssykehuset har ansvar for å tilby helsetjenester til den sør samiske befolkningen på Helgeland. For å øke kunnskapen om sør samisk kultur og kulturforståelse hos ansatte i sykehuset er det tilbudt om digital kurs. Helgelandssykehuset er med i det pågående regionale arbeid der målet er å utarbeide strategi for hvordan samiske helsetjenester skal implementeres i foretakene.

For å ivareta sør samisk kulturforståelse i nasjonal RETHOS for samisk sykepleieutdanning har sykepleier fra HSYK med sør samiske røtter bidratt med sin kompetanse.

Helgelandssykehuset tilbyr årlig ca. 50 læring- og mestringskurs til pasienter og pårørende.

9.8.2.3 Bemanning og rekruttering

Utfordringer med bemanning og rekruttering er en sentral utfordring for hele helseregionen, og også HSYK (prosjektutløsende faktor, første punkt: «Sårbar rekrutteringssituasjon»). For noen spesialiteter er det vanskeligheter også andre deler av landet.

Arbeidsgruppen har ut fra tilgjengelige HR data analysert dagens situasjon når det gjelder bemanning og kompetansebehov, herunder ventet avgang til pensjon både overordnet i foretaket og i konkrete stillingsgrupper som overleger og spesialsykepleiere. Andre relevante virksomhetsdata som innleiesituasjonen, analyser av bemanning og aktivitet, samt ansattes bosted i forhold til arbeidssted omtales også.

Analyser bemanning og ventet avgang til pensjon

I Helgelandssykehuset er det totalt 1300 hele faste årsverk fordelt på alle enhetene, viser til vedlegg bemanning og rekruttering tabell 1 for detaljer. 25 % av alle faste ansatte i Helgelandssykehuset er over 55 år.

Overleger

Samlet prosentandel overleger over 55 år i alle de somatiske enhetene er om lag 30 % av de ansatte. Dette utgjør i underkant av 30 personer. Dette innebærer at en betydelig andel overleger i Helgelandssykehuset vil gå av til pensjon de neste 5-15 årene. Det setter krav til systematisk arbeid for å rekruttere og beholde LIS-leger og utdanne fremtidens spesialister som skal ha sitt virke i Nye Helgelandssykehuset. Det er også viktig med særskilt oppmerksomhet på å stabilisere overleger i interimfasen.

Spesialsykepleiere

Samlet prosentandel spesialsykepleiere innen anestesi, intensiv, operasjon, kreft over 55 år, i alle de somatiske enhetene samlet, er om lag 30%. Litt over 30 spesialsykepleiere innen anestesi, intensiv, operasjon, kreft, er over 55 år, og for disse vil avgang til pensjon skje innen 5-10 år.

Innen stillingsgruppen jordmor er om lag 30% av de ansatte over 55 år, dette utgjør nært 15 personer.

En betydelig andel spesialsykepleiere og jordmødre i Helgelandssykehuset vil gå av til pensjon de neste 5-10 årene. Behov for erstatningsrekruttering innen spesialsykepleiere og jordmødre må fortsatt følges tett i tiden fremover. Det er viktig at tilstrekkelig antall utdanningsstillinger sikres og det må jobbes systematisk med å rekruttere til utdanningsstillingene.

Arbeidsgruppens vurdering av rekrutteringssituasjonen

Vi vil med dette beskrive rekrutteringssituasjonen i Helgelandssykehuset for ulike faggrupper (helse- og sosialfaglige utdanninger).

Det er viktig å fremheve at praksisstudiene for studenter innen ulike fagretninger er viktig som arena for rekruttering.

Legespesialister:

Det er utfordrende å rekruttere legespesialister (overleger), og mange av de særskilt rekrutteringssvake spesialitetene er både et nasjonalt og et europeisk rekrutteringsproblem, som også merkes på Helgeland. Hovedsakelig må Helgelandssykehuset utdanne legespesialister som skal bli fremtidens overleger i foretaket. De fagområdene som har stabile LIS 2 og 3 leger lykkes noe bedre. Helgelandssykehuset kjennetegnes generelt av sårbare og små fagmiljøer på legesiden. Helgelandssykehuset må jobbe systematisk med å utdanne legespesialister innen de spesialitetene foretaket har behov for fremover.

Psykologspesialister:

Det er utfordrende å rekruttere psykologspesialister, og i noen deler av tjenesten er det også utfordrende å rekruttere psykologer. Helgelandssykehuset må i hovedsak utdanne egne psykologspesialister slik også mange andre små helseforetak i landet må gjøre. Dette gjør HSYK gjennom å ansette psykologer og tilrettelegge for deres spesialisingsløp, med god gjennomstrømming. Det viktig å sikre stabilisering av psykologer og psykologspesialister fremover og jobbe systematisk med rekruttering. Det er igangsatt et arbeid i Enhet for psykisk helsevern og rus for å utrede tiltak nærmere. Hovedpraksis for 6 års psykologistudenter fra UiT er en viktig arena for å rekruttere fremtidige ansatte til Helgelandssykehuset.

Sykepleiere:

Innen faggruppen sykepleiere klarer sykehuset stort sett å rekruttere, men det er tendenser til at det er mer krevende. Det må jobbes systematisk med stabiliserende tiltak og utviklingsmuligheter i sykehuset. Studenter fra Nord universitet og VID vitenskapelige høgskole (oppstart høsten 2021) gjennomfører praksisstudier i Helgelandssykehuset, og dette er viktig for rekrutteringen.

ABIOKJ (spesialsykepleiere innen anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreft og jordmødre)

Nasjonalt ser vi at helseforetakene i hovedsak utdanner sine egne spesialsykepleiere, et generelt utviklingstrekk dokumentert i *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene* (Dokument 3:2 (2019–2020)). Dette gjelder også for Helgelandssykehuset HF.

Radiografer:

Innen dette fagområdet har det latt seg gjøre å rekruttere kandidater med lokal tilknytning. Studenter i praksis fra UiT og noen fra NTNU, dette er viktig for rekrutteringen.

Bioingeniører

Innen dette fagområdet har det i noen perioder vært rekrutteringsutfordringer. Studenter i praksis fra NTNU er viktig for rekrutteringen.

Fysioterapi/ergoterapi:

Ingen vesentlige rekrutteringsutfordringer innen faggruppene. Studenter fra UiT i praksisstudier-Tursnufysioterapeuter er viktig med tanke på rekruttering

Personell med videreutdanning i Psykisk helsearbeid

Dette er en sentral faggruppe innen psykisk helsevern og rus. HSYK må utdanne egne spesialsykepleiere også innen denne videreutdanningsretningen og det må sikres tilstrekkelig antall utdanningsstillinger.

Teknisk kompetanse

Spesialisthelsetjenesten er i utvikling og fremtidens sykehus vil ha behov for mer personell med teknisk kompetanse. For å få ansatt personell med riktig teknisk kompetanse må sykehusene klare å rekruttere disse.

Innleie

Innleiekostnader i Helgelandssykehuset er analysert. I denne sammenhengen omfatter det firmainnleide leger og sykepleiere og innleide leger over lønssystem.

Innleie av leger

For perioden 2017-2019 ser vi følgende bilde på gjennomsnittlige årlig kostnader for innleie av leger:

- Enhet Mo i Rana: 16,7 millioner kroner
- Enhet Mosjøen: 13,5 millioner kroner
- Enhet Sandnessjøen: 9 millioner kroner

Innleie av leger skjer gjennom firma-innleie og innleie av leger over lønssystem. Innleie av leger over lønssystem er mer faste og stabile innleieforhold som kan være en hensiktsmessig måte å løse behovet for personell når en ikke klarer å rekruttere fast. Mens innleie via firma kan tyde på mer korte vikarstafetter og kan ventes å kunne ha påvirkning på arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, ref. *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene* (Dokument 3:2 (2019–2020)). Dette er forhold som bør undersøkes nærmere for å få mer kunnskap om situasjonen.

Helseprofesjoner som skal jobbe sammen i krevende situasjoner må øve sammen. Team trening og simulering der profesjoner øver på sin roll i gitte senario øker kvalitet og pasientsikkerhet. Når arbeidstokken består av mye vikarer, kan det være utfordrende å få samme trygghet i teamet.

Innleie av sykepleiere

For perioden 2017-2019 ser vi følgende bilde på gjennomsnittlige årlig kostnader for innleie av sykepleiere:

- Enhet Mo i Rana: 4,6 millioner kroner
- Enhet Mosjøen: 40 000 kroner
- Enhet Sandnessjøen: 2 millioner kroner

Tallene for innleie av sykepleiere gir et bilde som kan settes i sammenheng rekruttering, vakanser og langtidsfravær innen sykepleier/spesialsykepleiergruppen ved de enkelte enhetene, samt aktivitet.

Det er variasjon mellom enhetene når det gjelder innleie av sykepleiere.

Aktivitet og bemanning 2017-2019 analyser

Innleie må ses i sammenheng med aktivitet. Våren 2020 ble det i Helgelandssykehuset laget en rapport om Aktivitets- og bemanning 2017-2019. Hovedformålet med rapporten var å vurdere bemanningsutvikling sett i forhold til aktivitetsutvikling, basert på at man så en negativ økonomisk utvikling. Rapporten viste imidlertid ingen klare overordnede områder som har hatt en bemanningsutvikling klart høyere enn aktivitetsøkningen. Rapporten dokumenterer likevel en økning

i aktivitet både internt og eksternt som ikke har vært planlagt eller forutsatt i budsjettet. Dette kan i seg selv medvirke til en negativ økonomisk utvikling.

Rapporten dokumenter at man på Helgeland hadde et høyt sykehusforbruk i 2017 og 2018. Vi antar at stadig økende aktivitet for alle omsorgsnivå bortsett fra de polikliniske, kombinert med økt gjestepasientkjøp, i hovedsak har sin bakgrunn i et økende sykehusforbruk for kommunene på Helgeland. Denne økte aktiviteten får Helgelandssykehuset ikke betalt for gjennom basisrammen, og det er tvert imot slik at Helgelandssykehuset får redusert basisramme fra Helse Nord på grunn av det for høye sykehusforbruket.

Hovedfunn i rapporten perioden 2017-2019: [link](#)

Ansattes bosted i forhold til arbeidssted

Bostedmønsteret til de ansatte er et tema i forhold til ny struktur og pendling.

Vår beregning viser at 80 % de ansatte i somatikken i Helgelandssykehuset er bosatt i nærområdet til sitt arbeidssted, dvs «by-poststedene» Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen.

Detaljert oversikt viser at dette pr mai 2021 gjelder litt 85 % av ansatte i Somatikk Mosjøen, 83% av de ansatte i Somatikk Mo i Rana, og 74% av de ansatte i Somatikk Sandnessjøen. Dette gjelder faste ansatte da vikarer og midlertidige stillinger er ikke med i grunnlaget.

Oppsummering bemanning og rekruttering analyser

Våre analyser viser at 25 % at Helgelandssykehuset ansatte vil gå til pensjon innen 5-15 år. Innen kategorien spesialsykepleiere og overleger ventes det for foretaket samlet, at om lag 1 av 3 ansatte vil gå til pensjon innen 5-15 år. Dette er en utfordring for Helgelandssykehuset fremover, og krever stor oppmerksomhet allerede nå.

Stabiliserende tiltak og utviklingsmuligheter er viktig for å rekruttere og beholde alle kategorier helsepersonell. For alle faggrupper må man være ekstra oppmerksomhet på risikoen som ligger i interimfasen som følger av strukturvedtakene i Helgelandssykehuset. Det er viktig at det jobbes systematisk for å beholde alle typer personell, særlig det som kan defineres som kritisk kompetanse. Det bør være et mål få flest mulig ansatte med videre i ny sykehusstruktur.

Helgelandssykehuset har en del innleie av spesialsykepleiere og leger. Det er variasjon mellom fagmiljøene i hvor stor grad driften avhenger av innleie. Det er også variasjon når det gjelder stabiliteten i innleiesituasjonen, om innleie er via lønssystemet eller via firma.

Tallene for innleie av sykepleiere og leger gir et bilde som kan settes i sammenheng rekruttering, vakanser, langtidsfravær innen faggruppene, samt avviklingen av overlegepermisjoner og aktivitet. Helgelandssykehuset har ikke oversikt over vakanser og langtidsfravær i disse faggruppene og vi kan derfor ikke gjøre noen nærmere analyse rundt dette nå.

For få en mer grundig forståelse av situasjonen i Helgelandssykehuset når det gjelder rekrutteringsutfordringer og innleie, bør det gjennomføres ytterligere analyser for å se på helheten mellom innleie, vakante stillinger, rekrutteringsutfordringer og aktivitet.

Et annet tema som er aktuelt i forhold til fremtidig struktur er bostedmønsteret til de ansatte i dag. I dagens struktur bor 80 % de ansatte i somatikken i Helgelandssykehuset i nærområdet til sitt arbeidssted, dvs «by-poststedene» Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen.

9.8.3 Utviklingsområder

9.8.3.1 forskning og innovasjon

Helgelandssykehuset har tidligere beskrevet sin forskningsstrategi for perioden 2017-2021. Hovedtrekkene i denne videreføres. Ett av hovedmålene her har vært å fremme generell satsing på forskning i foretaket. Klinisk forskning er lovpålagt og er et fornyet satsningsområde i ny Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025, og Innovasjon har inngått i oppdragsdokumentene til RHFene siden 2007 og som egne målområder i forsknings- og innovasjonsstrategiene for Helse Nord siden 2010. Mangel på tid og kvalifisert personell i sykehuset er et hinder for gjennomføring. Det må en kulturendring til for å få til finansiering, strukturer, prosesser og nettverk mot forskning og innovasjon.

I tillegg har Helse Nord laget en ny **Strategi for forskning og innovasjon for 2021-2025**, som nå er i slutfasen. Kravene for både forskning og innovasjon er ledelsesoppmerksomhet og kulturbygging, økt forskningskompetanse, forbedret infrastruktur, styrket kunnskapsdeling og samarbeid.

For å stimulere til forskning og innovasjon, deler Helse Nord ut forsknings- og innovasjonsmidler til helseforetakene. Dersom kvaliteten er god nok på forskningsprosjekter, så forfordes det startstipender til de lokale små helseforetakene, gjerne til de som har liten forskningserfaring. Det tildeles minimum ett startstipend til hvert HF, gitt god kvalitet og nytte på søknaden. Dette for å komme i gang med å skrive en forskningsprotokoll. Det bør legges opp til at en større andel av midler fra Helse Nord kan fordeles til samarbeidsprosjekter mellom UNN/NLSH og de mindre HFer. Det vil da bidra sterkere til å bygge forskning lokalt. Vi har gitt innspill til ledelsen i UNN om at de bør invitere helsearbeidere fra HSYK med på prosjekter, gjerne ved å ha en hyppigere opplysningsvirksomhet/ kunnskapsdeling om forskningsprosjekter, f.eks. via digitale møter mellom foretakene. Det kan da være mulig at små foretak som HSYK kan få med helsepersonell til både Ph.D og mastergradsarbeid som koordineres fra de større sykehusene.

Øke ressurser rettet mot forskning og innovasjon

Andelen totale driftsmidler til forskning bør økes fra 0.3 % til 0,8 % av totalbudsjettet, som er landsgjennomsnittet for sammenlignbare helseforetak. Vi må ha et bedre støtteapparat i den nye sykehusstrukturen. Erfaringer fra Helse Nord-Trøndelag tilsier at man «kjøper tid» fra andre enheter, og dette forsinker forskningsprosesser. Det bør derfor være egne fagressurser, støttesystemer og prosesser dedikert mot dette. Vi bør opprette en Forsknings-/innovasjonsavdeling med egne studiesykepleiere som hjelper fagmiljøet til å blodprøver, billed- og dataanalyser, lagring av biodata og utvikle simulering. Kliniske studiesykepleiere med forskningsadministrativ tilknytning bør helst være utplassert på hver lokasjon, for å få tett tilknytning til fagmiljøet. Andre relevante stillinger i tillegg til de vi har i dag mot PVO/ informasjonssikkerhet/datautlevering, er en bibliotekar som jobber mot CRISTIN, åpen publisering, litteratursøk og litteraturtilgang, forskningsjournalist som lager innhold mot vitenskapelig forsknings- og innovasjonspublikasjon (intranett, internett, videooptak, podcaster, forelesninger, sosial media oppdateringer, powerpoints, artikler, intervjuer etc), en monitor som holder kontroll på større kliniske studier og behandler prosesser mot ClinicalTrials.org og REK, samt koordinerer legemiddelutprøvinger og regulatoriske spørsmål mot større legemiddelfirmaer, og en egen statistiker som hjelper til å tolke og sette opp forskningsstudier.

Strategiske ansettelser også mot utdanning

Vi må ansette flere med Dr.grad innen medisin og helse som kan være prosjektledere mot REK og lokale pådrivere for forskning og innovasjon. Tidligere strategi nevner minst en

førsteamanuensis/Prof. II stilling per sykehusenhet mot UiT/NORD Universitet (15-20 % stillinger). De kan være lokale kompetanseutviklere og kunnskapsformidlere innen medisin og kjøre opplæringsprosesser, f.eks. metodeundervisning eller en «forskningsprotokollskole» mot LIS-leger. Kulturbygging henger sammen tett med tid og opplæring innen dette. Utdanning må f.eks. inkludere prosjektledelse, e-Helse og innovasjon. Helsearbeidere bør få opplæring innen IT-kompetanse og få kunnskap om velferdsteknologier og kunstig intelligens til å videreutvikle våre helsetilbud med digitale verktøy. En strategi mot utdanning, lenket opp mot master- og doktorgrader, styrker rekruttering av helsepersonell over tid. Det kan også inkludere f.eks. gjesteforsker-, post.doc. eller -forelesningsstillinger mot UiT/NORD, der noen kan være ansatt 0 % ved UiT for å få tilgang til ressurser derifra. Det gir et utvidet nettverk og økt fagkompetanse for sykehuset. Både klinikere og akademikere kan også danne faggrupper som diskuterer caser og setter opp hypoteser. Det bør også ansettes flere lokale delfinansierte stillinger innen forskning/innovasjon for å frikjøpe tid fra personell på avdelingene til å forske/innovere.

Nettverk og praksisfellesskap. Klinikene må bli mer faglige spissede og utadvendte, og helsearbeidere må gis mer tid til å forske og innovere.

Klinikene kan for eksempel sponse ansatte som ønsker å forske ved å betale full lønn i arbeidstiden, for de som ønsker å forske i en 50 % stilling over 6 år. De kan da ta en Ph.D. grad innen fagfeltet. Det bør opprettes minst tre egenfinansierte stillinger som kombinerer forskning og klinikk, og ansatte som har forskningskompetanse bør verdsettes blant annet i form av økonomisk kompensasjon. Det må være mulig å ha et karriereløp for forskning i sykehus – gjerne i kombinasjon med klinikk. Det må stimuleres til mer oppbygging av faglige spissede forskningsgrupper, der sykehuset har en mulighet å bli flink på spesifikke fagfelt. Dette gir ringvirkninger til andre grupper. Forskningsoppgaver er motiverende og er en faktor av stor betydning for å rekruttere og beholde helsepersonell. Kultur for praksisfellesskap innen forskning/innovasjon må bygges i klinikkstrukturene, for å styrke nettverk og initiativ mot mer utadrettet forsknings- og innovasjonsvirksomhet. Miljøet bør drives innad for å øke fagnettverk ved å bygge klinikkfaglig samhandling innen medisinsk forskning med pasienter og brukergrupper mot UiT/UNN/KFA og NORD Universitet/NLSH, og likeledes innen innovasjon med forskningsinstitusjoner, næringsliv og kommuner. Også internasjonalt samarbeid bør det oppfordres til. Et slikt faglig infrastrukturiltak kan være et regelmessig møtepunkt. Disse nye konstellasjonene vil bidra til samarbeid og dertil kliniske forskningssøknader innen hvert sitt medisinske område med flere felles start-stipend, Ph.D. og Post.doc prosjekter, og søknader etter midler fra Helse Nord/Forskningsrådet/EU

Næringslivet må inviteres inn

Det burde være mulig å åpne for delfinansiering av stillinger mot innovasjon fra næringslivet. Det må være rom for samarbeidsprosjekter med næringslivsaktører, for å bygge ut innovasjonsstrukturer, som privat ekstern finansiering av laboratorier, laboratoriestillinger, faglig personell eller utstyr, balansert mot en del av rettighetene til innovasjonene? En innovasjonsmulighet kan være å planlegge mot lokale helseinkubatorer, -piloter og simulering sammen med eksterne aktører, og som kan tilby tekniske tjenester rettet mot e-helse og samhandling. En slik helseinkubator kan være en direkte lenke fra sykehuset til å teste prototyper av nye helseinnovasjoner på Helgeland.

Oppsummert

I dag bærer forskningen i Helgelandssykehuset preget av individuelle forskningsprosjekter (Ph.D./Master) med eksterne veiledere/prosjektledere fra bl.a. UiT, NTNU og UiO. Vi har 5 Ph.D. studieforløp, der kun ett av dem er plassert i et større internt forskningsmiljø, neuropsykologisk forskningsgruppe på Mosjøen. Der er det ansatt tekniker, en post.doc, forsker, og en 20 % Prof. II

stilling med tilknytning til Universitetet i Oslo, samt tilknytning til flere eksterne rådgivere i et nettverk. I 2020 publiserte denne gruppen hele 40 % av artiklene innen foretaket

For å stimulere forskningen innen forskjellige fagfelt, må flere avdelinger/klinikker fokusere på å bygge grupper og nettverk etter liknende modell som neuropsykologisk avdeling. Det bør arbeides med å etablere forskningsgrupper. Det må jobbes mot en «vi-kultur», og ikke bare en individuell støtte til enkeltforskere med eksterne veiledere. De forskjellige avdelingene og klinikkene må drive frem praksisfellesskap mot forskning, med strategiske ansettelser og spissede fagområder, og de bør ha en vilje og «drive» til å satse aktivt på forskning og innovasjon.

9.8.3.2 Utdanning og opplæring

Helgelandssykehuset er som andre sykehus en sentral arena for utdanning og kompetanseutvikling. I fagmiljøene foregår kollegaveiledning, opplæring av nyansatte, spesialistutdanning, fagopplæring for lærlinger og praksisstudier for studenter. Intern kompetanseutvikling og etterutdanning for ansatte skjer gjennom både formell og uformell kompetanseutvikling, for å bidra til at de ansatte er oppdaterte i tråd med fagutviklingen, endrede krav i tjenesteproduksjon, og de sertifiseringskrav som gjelder for tjenesten. Intern kompetanseutvikling foregår gjennom veiledning, internundervisning, ferdighetstrening, simulering, e-læring, kurs og andre opplæringstiltak. En viktig del av kompetanseheving av ansatte skjer eksternt, gjennom formell videre- og masterutdanning og doktorgradsutdanning.

Strategisk kompetanseutvikling i sykehuset og godt samarbeid med utdanningssektor er viktig for å sikre kompetanse og kapasitet i tråd med behovene. Tilgang på personell med riktig kompetanse er en forutsetning for at Helgelandssykehuset nå og i fremtiden kan tilby helsetjenester med god kvalitet og pasientsikkerhet. For å oppnå dette må vi jobbe systematisk med kompetanseutvikling og utdanning sammen med utdanningssektoren og kommunene. Helgelandssykehuset må planlegge kompetanseutvikling, på kort og lang sikt, som en integrert del av virksomhetsplanlegging. For å lykkes med strategisk kompetanseledelse kreves et tydelig arbeidsgiveransvar og lederfokus, standardisering av arbeidsprosesser og metodikk.

Helgelandssykehuset er helt avhengige av god kvalitet, relevans og riktig prioritering i utdanning ved universitet, høyskoler, fagskoler og i øvrige utdanningsinstitusjoner. Det er en forutsetning for å kunne drive og videreutvikle spesialisthelsetjenestene i tråd med samfunnets behov. Kunnskapsbasert utdanning og kompetanseutvikling er grunnlaget for kunnskapsbasert pasientbehandling.

Det er i avsnitt 9.8.2 dokumentert at Helgelandssykehuset vil miste mange av sine nåværende ansatte fremover. Dette fordi aldersprofilen blant sykehusets ansatte medfører at en betydelig andel går til pensjon i de neste 5-15 årene. I denne perioden vil også organisasjonen befinne seg i interimsfasen mot ny struktur, hvilket ventes å kunne påvirke turnover. Det vil være risiko for å miste ansatte og kompetanse som er vanskelig å erstatte.

Helgelandssykehuset må i stor grad selv rekruttere og utdanne de spesialister, psykologspesialister, legespesialister og spesialsykepleiere, sykehuset har behov for. Det stilles derfor store krav til at Helgelandssykehuset lykkes med å engasjere, beholde og rekruttere ansatte.

Simulering

Helse Nord har gitt helseforetakene i oppgave, og midler til, å ansett koordinator for helsefaglig simulering. Koordinator for helsefaglig simulering skal ha oppgaven som pådriver og tilrettelegger for tverrfaglig simulering i eget foretak:

- For leger men også øvrige kliniske profesjoner
- Å jobbe i forhold til de fag foretaket har
- Å jobbe i forhold til alle arenaer/klinikker i foretaket
- Bidra til å utvikle og fremme ferdighetstrening og simulering på tvers av foretakene i hele helseregionen.
- Ha systematisk kontakt med øvrige ansatte i RegSim Nord og samarbeide med disse om utvikling av regionale læringsaktiviteter, samt få bistand til lokale læringsaktiviteter

Helgelandssykehuset tar i dag imot et stort antall studenter fra ulike fag i praksisstudier. Hvert år er det 380 studenter og elver som gjennomfører praksisstudier sykehuset og dette er økende. Helgelandssykehuset har samarbeidsavtale med Nord universitet, Vitenskapelig høgskole (VID) og Norges arktiske universitet (UiT) som regulerer antall studenter Helgelandssykehuset skal tilby praksisstudier. For å imøtekomme fremtidens behov for kompetanse øker universitet og høyskoler opptaket på flere av sine studier og sykehus og kommuner må finne nye praksisarena. Det er derfor helt nødvendig å finne alternative løsninger for at studenter og elver skal oppnå sine læringsmål i praksisfeltet.

Simulering anerkjent læringsmetode for å øve på praktiske ferdigheter, som brukes både på universitet, høyskoler, kommuner og Helseforetak i hele landet. Et velfungerende simuleringssenter kan avhjelpe situasjonen med knapphet på praksisplasser. Ved avvikling av aktivitet i Mosjøen reduseres noe kapasitet på praksisplasser. Studentene kan i enkelte uker tas ut av avdelingen og gjennomføre strukturert simulering- og ferdighetstrening på simuleringssenteret. Det kan lages rulleringsordninger på dette slik at det alltid er noen elever som er på simuleringssenteret, og dermed frigjør plass på avdelingen til flere studenter. Dette kan kompensere noe for redusert kapasitet i Mosjøen

Det er ønskelig at simuleringssenter har VR- briller teknologi som kan brukes til ulike ting bla. prosedyre trening for innleggelse av vene kanyle og Picc-line kateter.

Et simuleringssenter kan tilby simuleringstrening sammen med andre faggrupper på sykehuset, tverrprofesjonell samarbeidslæring, ved akutte hendelser som f.eks. hjertestans. Dette er situasjoner studenter ofte ikke møter under utdanning, men ved hjelp av simuleringstrening kan de forberedes på slike situasjoner. Det er også viktig å gjennomføre øvelser og simulering på mindre akutte situasjoner som er avhengig av samarbeid mellom ulike faggrupper.

For å bli god på å arbeide i team må man få trene på å jobbe i team!

Spesialister i Helgelandssykehuset har tatt i bruk MR- MIXT Realty teknologi, som allerede brukes av industrien i regionen, til praktisk behandling og pasientundersøkelse ved DMS i Brønnøysund. Lokalt blir pasienten undersøkt av en fysioterapeut som har på seg HoloLens2 brillesett fra Microsoft som overfører data til spesialisten og gjør at han/hun deltar i undersøkelsen. Teknologien tar spesialisten «nærmere» pasienten uten at noen må reise.

Behov for undervisningslokaler til læring- og mestringskurs

- Årlig gjennomføres det nå ca. 50 læring- og mestringskurs. Ser vi fremover i tid vil dette behovet trolig øke og derav behovet for egnede kurslokaler. Lokaler til læring og mestringskurs må ha plass til 15-20 personer å ha godt og moderen digitalt utstyr. Læring og mestringskursene gjennomføres i ca. 30 av årets 52 uker og tilgjengelighet av undervisningsrom må tilpasses dette. Slike lokaler må være tilgjengelige i alle lokasjoner for læring- og mestringskurs, undervisningslokaler for studenter og sykehusets ansatte.

Utviklingstrekk i utdanning av helsepersonell- behov for undervisningslokaler

- I ny spesialistutdanning for leger er mye av ansvaret for gjennomføring av utdanningen lagt til foretakene. Mange av læringsmålene skal organiseres og gjennomføres via e-læring, gruppeveiledning, veiledningssamtaler og forelesninger fra andre sykehus og internt. Til denne aktiviteten er det behov for undervisningsrom/forelesningssal og grupperom som har moderne tekniske fasiliteter.
- Økt tilbud om desentraliserte utdanninger gir behov for tilgang til egnede lokaler for kollokviegrupper og forelesninger. I tillegg er det behov for tilrettelagt og moderne simuleringsfasiliteter.
- Det er strategisk satsning på forskning og innovasjon i Helgelandssykehuset. For å gjennomføre dette målet er det behov for både grupperom og forelesningssaler til undervisning og møter.
- Økt behov for systematisk gjennomføring av faglig oppdatering og trening for alt personell krever tilgang til egnede undervisningslokaler/simuleringslokaler ved alle enhetene i nye Helgelandssykehuset.

9.8.3.3 Bemanning og rekruttering

I Nye Helgelandssykehuset skal det tilbys spesialiserte tjenestetilbud til flere av sykehusets lokasjoner gjennom ambulerende spesialiser fra akuttsykehusene. Robuste fagmiljø er en forutsetning for et stabilt desentralisert helsetilbud til flere lokasjoner. Den teknologiske utviklingen kan redusere behovet for fysisk ambulerende innen noen fagområder.

Helgelandssykehuset skal også fremover være med å utdanne det helsepersonellet sykehuset trenger. Godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene Nord, UiT, VID og andre er svært viktig for å lykkes med dette. Kommuner, sykehus og universitet må sammen tilpasse og utvikle utdanningstilbudet i samsvar med behovet i tjenestene. Helgelandssykehuset skal jobbe aktivt for å være en god læringsarena for studenter og elever bla ved at praksisveiledere har og vedlikeholder sin veiledningskompetanse.

Helgelandssykehuset skal sørge for å tilby tilpasset helsetjenester til de sør samiske befolkningene på Helgeland. Helgelandssykehuset skal med utgangspunkt i den regionale strategien for samisk helsetjeneste utarbeide en handlingsplan for helsetjenester til den sør- samiske befolkningen

For å sikre kvalitet og pasientsikkerhet skal Helgelandssykehuset jobbe aktivt med strategiske kompetanseplanlegging og sørge for riktig og tilstrekkelig kompetanse for å løse de ulike oppgavene i sykehuset.

- Helgelandssykehuset skal legge til rette for spesialiseringssløp for leger innen de fagområder sykehuset har godkjenning
- Helgelandssykehuset skal legge til rette for gjennomføring av spesialistutdanning for psykologer.
- Helgelandssykehuset skal legge til rette for utdanningsstilling til gjennomført mastergrad for ABIOK sykepleiere.
- Helgelandssykehuset skal i samarbeid med Helse Nord og UiT tilby legeutdanning 5. og 6. studieår.
- Helgelandssykehuset skal sikre god kvalitet og tilstrekkelig kapasitet (*Oppdragsdokumentet 2020 7.2.2 og 7.2.10*) for å øke lærlingeplasser i sykehuset.

- Helgelandssykehuset skal legge til rette for videre utdannings- og karriereveier for personell med fagbrev.
- Helgelandssykehuset skal i samarbeid med fagskoler, høgskoler og universitet være en pådriver for å opprettholde og utvikle nye utdanningstilbud i tråd med behov i helsetjentsen.
- Helgelandssykehuset skal styrke samarbeidet med andre offentlige virksomheter og næringslivet i regionen for å rekruttere og stabilisere fagfolk til sykehuset
- Medvirke til å ta i bruk helsefelleskap for rekruttering og stabilisering av helsepersonell. (Viser til Abelsen, Gaski, Fosse Nasjonalt senter for distrikts medisin).
- • Styrke satsningen på stabiliserende tiltak for å ivareta fagmiljøet i Mosjøen i interimperioden
- Iverksette tiltak som er tilpasset situasjonen vedr. tomtevalg for å beholde og rekruttere ansatte. Tilpasse tiltakene til de ulike tids fasene i Nye- Helgelandssykehuset
- Tilrettelegge for hospitering internt i foretaket
- Tilrettelegge for hospitering på andre sykehuset slik at våre ansatte gis mulighet for læring og faglig utvikling i større fagmiljøer.
- Tilrettelegge for at ansatte i Helgelandssykehuset skal ha avsatt tid i sin arbeidsplan/turnusplan til faglig oppdatering og simulering.
- Legge til rette for økt samarbeid mellom helsepersonell og det teknologiske miljøet i regionen for å utvikle nye innovative digitale løsninger.
 - Norges arktiske universitet (UiT) kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset har sammen søkt DIKU- midler for å utvikle en master i digitale helsetjenester.

Oppsummert

Gjennomgangen viser et betydelig utfordringsbilde når det gjelder rekruttering og stabilisering. For noen fag er det utfordringer allerede i dag, og data viser at bemanningssituasjonen de nærmeste 10-15 år vil være utfordrende pga av økende alder på personellgrupper som det kan være utfordrende å erstatte. I tillegg kommer en sårbar interimperiode pga av strukturvedtaket i Foretaksmøte

Samtidig viser gjennomgangen at det ikke er enkle faktorer som alene sikrer god rekruttering og stabilisering. Forskning, innovasjon, utdanning og opplæring har gjensidige positive effekter på tvers, og også på rekruttering og fagutvikling. Videre er det klart at utfordringen ikke alene kan løses av HSYK. Målsettingen om god rekruttering vil kreve bredt samarbeid med andre foretak, kommuner, utdanningsinstitusjoner, næringsliv med flere.

9.9 LOGISTIKK

Logistikk er et viktig virkemiddel for å oppnå gode pasientforløp, ivareta forsyningsikkerhet, fremme effektive arbeidsprosesser og god driftsøkonomi. Ved å ha fokus på flyt vil det også være naturlig å legge til grunn kontinuerlig kvalitetsforbedring og for å sikre god beredskap:

- Fokus på pasienter - pasienttilfredshet
- Reduser antall flyt prosesser – standardisering
- Unngå flaskehals – flyten stopper opp
- Effektiv bruk av ressurser – Unngå sløsing

Hovedfokuset i gjennomgangen av dette dokumentet er varelogistikk og vareflyt i Nye Helgelandssykehuset. Dette er i Medisinsk og Ikke-medisinske tjenester innenfor klassifikasjonssystemet for helsebygg.

Det er innenfor Medisinsk og Ikke-medisinske tjenester ingen nasjonal modell for framskrivning eller standardroms katalog. Det betyr at vurderingen av fremtidsbildet vil følge disse områdene:

- 1 Kartlegging av dagens virksomhet gjennom analyse og innsikt.
- 2 Utvikle alternativer som må vurderes basert på:
 - a Fremdriftsbildet knyttet til nå situasjonen og hvilke endringer dette vil medføre.
 - b Trender innenfor drift av Sykehus.
 - c Sammenligne med andre Sykehus og prosjekter.
- 3 Anbefalt plan
 - a Med utgangspunkt i de ulike elementene som er gått igjennom knyttet til å utvikle alternativer.

Anbefaling av løsninger vil være basert på dagens virksomhet og de ulike alternativene.

9.9.1 Dagens virksomhet

Sykehus er en komplekse organisasjoner med omfattende logistikkvirksomhet som omfatter leveranser fra forskjellige leverandører inn til de enkelte sykehusene, internt i sykehusene og ut fra sykehusene til pasienter i hjemmebehandling, andre enheter eller i form av avfall eller returer. Det er behov for en rekke ulike innsatsfaktorer (varer og tjenester) i pasientbehandlingen som kan relateres til 10 forskjellige forsyningskjeder (se nærmere hvilke i kapittel 9.9.5)

For planleggings- og driftsformål er det hensiktsmessig å ta utgangspunkt forsyningskjedene som består av ulike varegrupper som forsyningsmessig «hører sammen». Forsyningskjedene har behov for arealer (som f.eks. sentrallager, beredskapslager, sentralkjøkken, apotek, sterilsentral, avfallssentral). Likeledes er det mulighet for forskjellig grad av automatisering som kan spenne fra manuelle systemer til fullt ut integrerte og automatiserte løsninger. Det er også behov for logistikkarealer i avdelingene (som f.eks. avdelingslager av forbruksvarer, avdelingskjøkken, legemiddelrom og lager for utstyr. Det også behov for arealer og interne transportløsninger i sykehuset som er manuelle eller mer automatiserte som f.eks. rørpost, tøysug, avfallssug og AGV²⁵).

9.9.2 Metode

Det har vært behov for å ha standardiserte kartleggingsspørsmål relatert til områder/forsyningskjeder. Følgende er brukt som en «mal» for hver enkelt forsyningskjede:

- Status (dagens prosesser)
 - o Hva er dagens status innenfor de ulike områdene? - Hvordan utføres ting i praksis?

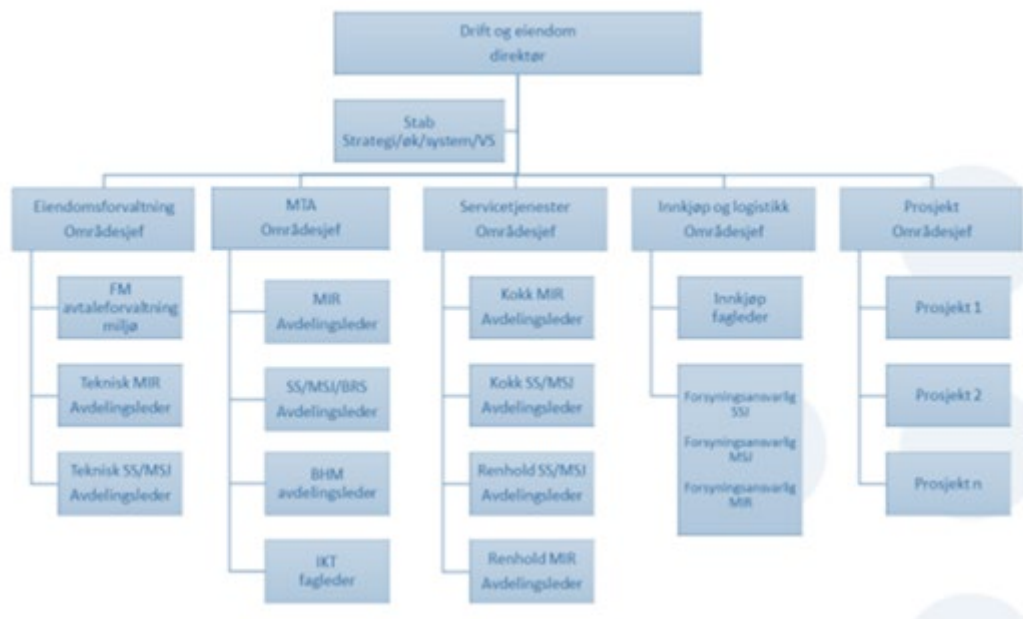
²⁵ AGV: Automated Guided Vehicles/automatiske trucker

- o Innkjøp, ordrehåndtering, lager og distribusjon
- o Hvem leverer internt og eksternt? Eks. kommune, Helse Nord, private, andre foretak?
- o Bygningsmassens status? – er størrelsen/høyde tilstrekkelig, hensiktsmessighet for lokaler?
- Organisering
 - o Hvem utfører oppgavene og hvor mange årsverk benyttes?
 - o Hvilken arbeidsfordeling mellom ulike funksjoner?
- Informasjon
 - o Hvilke systemer brukes innenfor IKT og oppfølging? -Hvilket omfang er det av manuelle prosesser?
- Flaskehals
 - o Finnes det flaskehals, og hva medfører at ting tar tid og hindrer effektiv levering?
- Behov fremover
 - o Hvilke planlagte endringer gjennomføres nå?
 - o Hvilke planlagte endringer finnes det plan for gjennomføring av?
 - o Hva bør endres fremover for å sikre effektiv logistikk og flyt?

Sykehusapotekene Nord HF (SANO) har levert en oppdatering om dagens status knyttet til legemiddelforsyning. De andre punktene er levert av Helgelandssykehuset.

9.9.3 Organisering av forsyningsvirksomheten

Helgelandssykehuset har organisert store deler av forsyningsvirksomheten i avdelingen **Drift og eiendom**. Avdelingen er gjennomgående for lokasjonene i Mosjøen, Mo i Rana og Sandnessjøen. Avdelingen utøver funksjoner som; drift av kjøkken/kantine, medisinsk teknisk, tøy, renhold, forvaltning av eiendom, IKT og prosjekt, Innkjøp og sentrallager og ledelse av avdelingen. Til sammen er det 121 ansatte i avdelingen. Avdelingen er organisert som vist i Figur .



Figur 9.9-1 organisasjonskart Drift og eiendom (pr. 27.04.2021)

Forsyning av legemidler i de 3 sykehusene (Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen) utføres av Sykehusapoteket Nord HF (SANO) med 3 årsverk på hvert sted.

Sterilsentralene forsyner enhetene med flergangsutstyr. Når det gjelder engangsutstyr er det en mix av løsninger. Noen avdelinger skaffer selv utstyret direkte til avdeling. Det er også noe engangsutstyr i lagerført beholdning, primært i Sandnessjøen. Her er det valgt ulike løsninger historisk, basert på bygningsmessige krav til sterillager og begrensninger i dagens bygningsmasse.

9.9.4 Dagens arealer

Basert på klassifikasjonssystemet for sykehusbygg så er netto arealene for ikke-medisinsk service i de tre sykehusene listet opp i Tabell.

Tabell 9.9-1 Arealer for ikke-medisinske tjenester i Helgelandsykehuset

Type areal	1 - Mo i Rana	2 - Mosjøen	3 - Sandnessjøen
Totalsum netto areal for sykehusene	12 201	10 828	12 140
4 - Ikke-medisinsk service	1 366	1 146	1 447
Andel i %	11,2 %	10,6 %	11,9 %
Delfunksjon	1 - Mo i Rana	2 - Mosjøen	3 - Sandnessjøen
4.1 - Avfallshåndtering	42	56	32
4.2 - Behandlingshjelpemidler			49
4.3 - Beredskap		54	
4.4 - FDVU	164	247	185
4.5 - IKT drift	117	20	64
4.6 - Journalarkiv	80		57
4.7 - Medisinsk teknikk	89	54	74
4.8 - Renhold	102	95	88
4.9 - Sengehåndtering	184	29	
4.10 - Sentralkjøkken	307	283	406
4.11 - Sentrallager	199	220	421
4.13 - Sterilsentral			
4.14 - Transport og portør			9
4.15 - Tøyhåndtering	81	88	61
4 - Sum Ikke-medisinsk service	1 366	1 146	1 447

Tallene i tabellen kan være avvikende basert på netto arealer knyttet til en oppdatering av areal som er under arbeid, men er et utgangspunkt for vurdering av fremtidig arealbehov.

Mo i Rana har ca. 4.000 m² netto areal som er knyttet i tillegg til eksisterende bygg fra kommunens sykehjem og ambulansetjeneste. I tillegg er det et nytt bygg for sterilhåndtering på ca. 900 m² netto (Ny sterilsentral, oppbygning garderober operasjonsstuer, Rehabiliteringsstue).

Innenfor medisinske tjenester kommer apotek, blodbank og laboratoriemedisin. I det videre arbeidet vil arealbehov knyttet til Apotek være med i vurderingen.

9.9.5 Kartlegging

I arbeidet med kartlegging av dagens situasjon knyttet til logistikk har vi gått igjennom følgende punkter:

1. Forbruksvarer - lagervarer og skaffevarer
2. Sterilt flergangs- og engangsutstyr
3. Mat - pasientmat og kantine
4. Tøy - pasient og arbeidstøy

5. Avfall - alle fraksjoner
6. Utstyr - MTU, BHM og IKT²⁶
7. Laboratoriestyr – reagenser og forbruksmateriell
8. Teknisk materiell
9. Senger og sengevask
10. Legemidler – originalforpakninger og egenproduserte

Dette er i punkter som inngår i Medisinsk- og Ikke-medisinsk tjenester. De viktigste funksjonene knyttet til anbefalt løsning er beredskap, forbruksvarer, mat, avfall, sterilforsyning og legemiddelforsyning.

9.9.6 Forbruksvarer - lagervarer og skaffevarer

Forbruksvarer er alle engangs varer (rene og sterile) som forbrukes i pasientbehandling og drift (ikke teknisk materiell) av sykehuset. Følgende hovedvaregrupper inngår; medisinske forbruksvarer, laboratorierekvisita (inkl. reagenser), renholdsprodukter og kontorrekvisita.

Tabell 9.9-2 Status forbruksvarer og skaffevarer

Status	<ul style="list-style-type: none"> • Innkjøp og logistikkoperasjoner gjøres i Clockwork (CW) • Hovedlager kjøper inn og distribuerer varer til avdelingene gjennom «Aktiv forsyning». Aktiv forsyning utføres av dedikert medarbeidere, ikke helsepersonell • Forbruksvarer som ikke er lagerført på sentrallager (skaffevarer) bestilles direkte til avdeling i hovedsak i Clockwork. • Bygningsmassens status: Gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse ved alle 3 sentrallagrene. Ingen rampe for varemottak, lite lagerplass på hovedlager og avdelingslager. Begrenset sterillagerkapasitet. Mange transaksjoner og mye manuell håndtering av varer
Organisering	<ul style="list-style-type: none"> • Forsyningslager ved tre sykehuslokasjoner; Møsjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana • Dedikert personell som utfører etterfylling av hoved- og avdelingslager. Det er 1 forsyningsansvarlig ved hver lokasjon og 3 medarbeidere.
Informasjon og flaskehals	<ul style="list-style-type: none"> • IT- basert logistikk (Clockwork), aktiv forsyning. I tillegg kan avdelingen bestille lagervarer og kjøkkenvarer. • IT-basert skaffevareløsning med bruk av Procurement i Clockwork. Benyttes for å gjøre avrop på avtaler og varemottak. • Gammel bygningsmasse og begrensede arealer setter begrensninger mht. å optimalisere forsyningstjenesten (forsyning, lagerstyring, vareflyt og fysisk håndtering. Det er ingen utvidelsesmuligheter i tilknytning til areal for hovedlager på noen av de tre lokasjonene og heller ingen rampe for mottak av gods. Det er ikke arealer for å etablere og bygge opp beredskapslager.
Behov fremover	<ul style="list-style-type: none"> • Infusjons og væskelager lagt over på aktiv forsyning i MIR • Gjennomgår forsyningen til DMS Brønnøysund for optimalisering • Optimalisering av vareflyt i ny organisasjon

9.9.7 Sterilt engangs- og flergangsutstyr

Sterilt engangsutstyr er instrumenter, oppdekking mv som kjøpes inn fra leverandører for bruk i sykehusene. Det er spesielle reguleringer knyttet til emballering og lagring. Sterilt flergangsutstyr skal vaskes, pakkes, autoklaveres og lagres i sterilt lager for leveranse til avdelingene som bruker sterilt flergangsutstyr. Sterilt lager i sterilsentralen er dimensjonert for at hovedtyngden av sterile forbruksvarer som brukes i operasjon lagres der, lagt til rette for leveranse av prosedyrevogner/prosedyrebrikke (sterilt flergangsutstyr og sterile forbruksvarer) fra sterilsentral til operasjon.

²⁶ MTU: Medisinsk Teknisk Utstyr; BHM: Behandlingshjelpemidler; IKT: Informasjons og Kommunikasjonsteknologi

Tabell 9.9-3 Status sterilt engangs- og flergangsutstyr

Status	<ul style="list-style-type: none"> I Helgelandssykehuset er det sterilsentraler ved alle sykehuslokasjoner. Sterilt flergangsutstyr skal vaskes og pakkes, autoklaveres og lagres i sterilt lager for leveranse til avdelingen. Operasjonsavdelingen og sterilsentraler har blitt betydelig oppgradert og optimalisert de seneste årene, med unntak av Mosjøen Det leveres noe engangsutstyr gjennom aktiv forsyning, men operasjons avdelingene bestiller.
Organisering	<ul style="list-style-type: none"> Det er dedikert personell som utfører arbeidet. Alle er tilknyttet operasjonsavdelingene. Det er i alt 5 medarbeidere som utfører oppgavene ved sterilsentralene (1 i Mosjøen, 2 i Sandnessjøen og 2 i Mo i Rana)
Informasjon og flaskehals	<ul style="list-style-type: none"> Sterilsentralen i Sandnessjøen har tatt i bruk T-Doc for registrering og validering/kontroll av utstyr. Det er planer for å merke utstyret for å ta i bruk sporingssystemet i løsningen Fortsatt manuelle systemer for kontroll og sporing
Behov fremover	<ul style="list-style-type: none"> Merking og sporing av flergangsutstyr i Sandnessjøen Implementering av T-DOC ved sterilsentralen i Mo i Rana Full implementering av kontroll og sporingssystem i foretaket i henhold til Helse Nord sine krav

9.9.8 Mat - Pasientmat og kantine

Innenfor denne kategorien er det produkter som tørrmat, lunsj, middag og kantinemat som serveres på sykehusene. Råvarer, halvfabrikata og ferdigvarer leveres fra leverandører til egne varemottak for kjøkken.

Tabell 9.9-4 Status mat – pasientmat og kantine

Status	<ul style="list-style-type: none"> Sandnessjøen: Middag (150 porsjoner pr dag) og lunsj leveres ferdig på tallerken. Frokost og kvelds leveres på tallerken hvor pasienten smører maten selv. Mo i Rana: Middag (150 porsjoner pr dag) og lunsj levers i bulk. Frokost og kvelds leveres ferdig smurt i på fat - all mat fordeles ved mottakene avdeling Mosjøen (100 porsjoner pr dag): Kjøper middag fra sentralkjøkken og varmer opp før servering. Lunsj, frokost og kvelds produses ved eget kjøkken. All mat leveres til avdelingene. Innkjøp skjer via nasjonale avtaler og bestilling gjøres via leverandørportal og Clockwork Varer bestilles og leveres flere ganger pr uke
Organisering	<ul style="list-style-type: none"> Kjøkken Mo i Rana – ca. 8 stillinger ved kjøkken og i tillegg avdelingskjøkken Kjøkken Sandnessjøen: ca. 8 stillinger og i tillegg kostverter på avdelingene Kjøkken Mosjøen: ca. 4 stillinger og i tillegg noe på avdeling
Informasjon og flaskehals	<ul style="list-style-type: none"> Alle kjøkkenene bestiller varer via leverandørens leverandørportal og i tillegg brukes Clockwork IK-mat brukes ved alle kjøkken (eSmiley) Flaskehals/ønskede forbedringer <ul style="list-style-type: none"> o Uavklarte rutiner o Levering til avdeling – bestilling fra avdeling. Utlevering av bestillingsvarer daglig – Bør bestilles via Clockwork o Ikke lagerbeholdning for drift ut over 1-2 uker, og for enkelte varer en kortere periode.
Behov fremover	<ul style="list-style-type: none"> Øke bruken av nettbrett ved bestillinger fra avdelingene – behov for opplæring Det foreligger planer for gjennomgang av dagens drift med fokus på menyer, mat og matkvalitet og optimalisering av driften Redusere matsvinn

9.9.9 Tøy

I denne produktkategorien er det pasienttøy, flat-tøy (sengetrekk mv) og arbeidstøy til ansatte.

Tabell 9.9-5 Status tøy

Status	<ul style="list-style-type: none"> I tøy inngår pasienttøy og flat-tøy (skjorter, sengetøy, håndklær mm) og personaltøy. Forsyningsmodellen er basert på avtale om at eksternt vaskeri som leverer pasienttøy og personaltøy. Helgelandssykehuset anskaffer enkelte tøyvarer som vi eier selv.
Organisering	<ul style="list-style-type: none"> Oppgavene utføres primært av avdeling for tøy og renhold. For enkelte tøytyper bestiller avdelingen selv.
Informasjon og flaskehals	<ul style="list-style-type: none"> Clockwork som benyttes for alle bestillinger. Det oppstår «hamstring» av arbeidstøy som i enkelte tilfelle kan medføre mangel på tøy og flaskehals/leveringsutfordringer
Behov fremover	<ul style="list-style-type: none"> Det er ønskelig å automatisere lagring/utlevering/innlevering av personaltøy

9.9.10 Avfall

I denne kategorien er det alt avfall bestående av en rekke avfallsfraksjoner. De viktigste avfallsfraksjonene er; risikoavfall (inkludert cytostatika og legemidler), papp, plast, kjemikalier, radioaktivt avfall, biologisk avfall, EI-avfall, mat, restavfall og annet avfall (batterier, maling, lakk, farlig avfall mm.)

Tabell 9.9-6 Status avfall

Status	<ul style="list-style-type: none"> Avfall sorteres etter alle typer fraksjoner og følger nasjonale retningslinjer Transport <ul style="list-style-type: none"> Avdeling Drift og eiendom har egne portører som henter avfall på faste punkter og faste tider internt på sykehusene Det er eksterne renovasjonsselskaper som henter avfall periodisk og etter avtale Bygningsmassens status relatert til avfall <ul style="list-style-type: none"> Alle tre sykehusbyggene har behov for bedre tilrettelegging for nye krav og behov relatert til avfall- og renovasjonsløsninger
Organisering	<ul style="list-style-type: none"> Det er tekniske avdelinger hvert sykehus som har ansvar for innhenting, bestilling og videre transport av avfall. Hver avdeling har 1 ressurs dedikert til avfallsinnhenting
Informasjon og flaskehals	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikasjon med renovasjonsselskaper skjer med leverandørens egen portal og e-post Det er uavklarte rutiner for avfallshåndtering på sykehusene. Dette gjelder hele kjeden
Behov fremover	<ul style="list-style-type: none"> Behov for å standardisere og forbedre prosesser for avfallshåndtering og opplæring av ansatte Det er behov for kjølerom i sykehusene og økt plass til avfall i uteområdet. Økt behov for arealer til mellomlagring av avfall Mobile miljøstasjoner inne på sykehusene

9.9.11 Utstyr – behandlingshjelpemidler (BHM)

Behandlings-hjelpemidler omfatter både utstyr og (forbruks)materiell som benyttes i forbindelse med medisinsk behandling som tilbys av spesialisthelsetjenesten og gjennomføres utenfor sykehus. Det er; MTU, oksygen og medisinsk forbruksmaterieell og i noen tilfeller også legemidler.

Tabell 9.9-7 Status utstyr og behandlingshjelpemidler

Status	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingshjelpemidler leverer utstyr til hjemmebehandling til ca. 4.000 pasienter i hele Helgeland. Både kontorareal og lagerareal for utstyr er begrenset og mangelfull
---------------	---

Organisering	<ul style="list-style-type: none"> • Avdelingen er organisert i avdelingen Drift og eiendom og tilhører i dag område Innkjøp og logistikk. Fra 1. april 2021 være en del av område for medisinsk teknikk. • Arbeidet utføres av en fagansvarlig sykepleier/avdelingsleder og to konsulenter, samt medisinteknisk personell som tilrettelegger utstyr til pasientbehandling hjemme. • Utstyr sendes fra BHM som er lokalisert i Sandnessjøen på følgende måter: post, Helseekspressen, i noen få tilfeller direkte hjem til pasienter. • BHM benytter sentrallager i Sandnessjøen for lagerhold av forbruksmateriell og samarbeider tett med sentrallagrene ved andre sykehus
Informasjon og flaskehals	<ul style="list-style-type: none"> • Medusa er BHM sitt forvaltningssystem, men innkjøpssystemet Clockwork benyttes for alle bestillinger. • Norsk helsenett: Hovednett side i bruk av medusa. Brukes hvis det er system feil eller oppgradering av medusa. • Clockwork/Procurement: Bestilling av medisinskutstyr/forbruksmateriell. Elektronisk mottakelse av bestilt varer. • I tillegg brukes flere andre IT-systemer i prosessene; faktura system, Agresso, EDI post og P-touch editor 5.2
Behov fremover	<ul style="list-style-type: none"> • Det er planlagt integrasjon mellom Medusa og Clockwork som vil på sikt endre og forenkle både logistikk og distribusjon av BHM. • Utarbeide ny strategi for distribusjon i tilknytning integrasjon av Medusa og Clockwork • Vurdere mulighetene for distribusjon av forbruksmateriell fra alle lagerlokasjoner

9.9.12 Utstyr – medisinsk teknisk utstyr (MTU)

MTU er medisinsk utstyr inkludert programvare og systemløsninger, beregnet for mennesker til diagnose, overvåkning og/eller behandling på medisinsk grunnlag samt nødvendig tilbehør til slikt utstyr.

Tabell 9.9-8 Status utstyr og medisinsk teknisk utstyr (MTU)

Status	<ul style="list-style-type: none"> • Medisinsk teknisk Avdeling (MTA) registrerer og forvalter alt MTU ved sykehusene. Avdelingen gjennomfører mottakskontroll, registreringer, lager regner for periodisk vedlikehold og utfører periodisk vedlikehold/akuttreparasjoner. MTA har ansvar for forvaltning av MTU og yter bistand til interne prosesser, innkjøp, utvikling og rådgivning • MTA bestiller utstyr og deler som brukes til vedlikeholdsoppgaver/akuttreparasjon og har et lite lager som består av artikler som man ut fra erfaring vet det vil være behov for og noe forbruksutstyr til MTU på eget lager • Status på MTU er varierende. Mye av utstyret under kr. 100.000.- kr er gammelt og slitt
Organisering	<ul style="list-style-type: none"> • MTA har 10 stillinger + 1 BHM-tekniker. Pr i dag står tre stillinger på Mo i Rana ubesatt • Det ingen spesiell arbeidsfordeling mellom medisinteknikere. Det er utarbeidet seg en «beste praksis» basert på kunnskap og hvem som har kompetanse på hvilket utstyr basert på leverandørkurs den enkelte innehar
Informasjon og flaskehals	<ul style="list-style-type: none"> • Innenfor MTU benyttes IT-systemet MEDUSA og ellers andre administrative applikasjoner i foretaket. • Manglende tilgang til ressurser i deler av året • Det bør inngås avtale på forbruksutstyr til MTU, og deler av dette sortimentet burde vært lagerført på sentrallager fordi det er for lang leveringstid på dette sortimentet.
Behov fremover	<ul style="list-style-type: none"> • Det er planlagt en endring i organisering av Drift og eiendom. • Ansettelsesprosesser • Bedre oppfølging av innkjøpsavtaler i forhold til forbruksutstyr til MTU. Dette er ofte en del av innkjøpsprosessene og dermed også en del av LCC. • Gjennomgang av sortiment for forbruksvarer til MTU og etablere en plan for hvilke produkter som skal lagerføres lokalt på sentrallager for å sikre en bedre flyt i vedlikeholds- og akuttreparasjonsprosessen.

9.9.13 Laboratorieutstyr – Reagenser og forbruksmateriell

Gjennomgangen har hatt fokus på kartlegging og beskrivelse av logistikk for reagenser, forbruksmateriell, biologiskmateriale og blodprodukter.

Tabell 9.9-9 Status laboratorieutstyr – Reagenser og forbruksmateriell

<p>Status</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forbruksvarer <ul style="list-style-type: none"> o Sentrallager i Mosjøen og Sandnessjøen har overtatt lagerhold av prøvetakingsutstyr, prøveglass og lignende slik at dette kommer til laboratoriene via aktiv forsyning på samme måte som annet forbruksmateriell. o Noen forbruksvarer bestiller av laboratoriene selv. Laboratorium i Mo i Rana bestiller og lagerfører mesteparten av prøvetakingsutstyr, glass ol selv. Ikke på sentrallager. o Alt som laboratoriene bestiller selv, skal bestilles via Clockwork. o Varer som må kjøpes fra Apotek – bestilles via TØNSYS o Immunglobuliner/plasmaderivater bestilles online fra Alliance Healthcare o Plasma bestilles hos aktuell fraksjoneringspartner – p.t. OctaPharma • Biologisk materiale <ul style="list-style-type: none"> o Innhentes i dag internt ved sykehusene av bioingeniører/helsesekretærer som tar blodprøvene, analyserer dem og gir ut svar. o Prøver som skal til andre laboratorier pakkes og sendes av ansatte ved laboratoriene. Blodprøver tas også av sykepleiere i dialyseavdeling og andre spesialavdelinger og leveres laboratoriene for analyse o Annet materiale (urin/avføring/spytt mm.) levers manuelle laboratoriet for analyse eller videreforsendelse. o Biologisk materiale fra primærhelsetjenesten, sykehjem, hjemmesykepleie og bedriftshelsetjeneste mottas i godkjent emballasje, spesialbagger, enten med bud eller fremmøte fra hjemmetjenesten, sykehjem. Noe kommer også med Posten Bring eller Helseekspressen. • Transport <ul style="list-style-type: none"> o Forsendelse av biologisk materiale for analyse ved andre sykehus i Norge skjer primært ved bruk av Posten Bring og Jetpak.(Kurer i helger/høytider Helgeland-Bodø) o Ved kjøp/salg av blod/blodprodukter transporteres dette hovedsakelig av Jetpak. o Transport av blodprodukter til sykehjem kan skje med Taxi/pasientreiser dersom transportvei tilsier det. Forsendelse av biologisk materiale til utlandet skjer med DHL. Dersom det kreves temperert transport til utlandet er det World Courier som har avtalen. o Helseekspressen og pasientreiser benyttes også til transport av biologisk materiale og/eller reagenser mellom sykehusene på Helg
<p>Organisering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bestilling: Fagansvarlige bioingeniører og avdelingsledere. • Mottak: Alle ansatte ved Laboratorium og blodbank . • Attestasjon: Avdelingsledere/ ass. avdelingsledere. • Bygningsmassens status <ul style="list-style-type: none"> o Skulle hatt bedre lokaliteter. Nesten alt av reagenser trenger oppbevaring i kjølerom/kjøleskap som er temperaturovervåket. Skal lite til før store verdier går tapt dersom strømstans. o Mosjøen trenger kjølerom. o Mosjøen og Sandnessjøen venter på levering av nytt temperaturovervåkingssystem.
<p>Informasjon og flaskehals</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratoriene bruker en 9-10 forskjellige IT-systemer/applikasjoner (Clockwork, Agresso, Tønsys, E-order, MyBring, DHL, World Courier, DIPSLab, DIPSEJ, LabCraft i sitt arbeid. Det er en kritisk avhengighet til at systemene er oppe og i drift for å forhindre forsinkelser i utlevering, klargjøring, analyser og/eller transport, oppfølging av leveranser og sporing av prøvemateriale • Flaskehals <ul style="list-style-type: none"> o Lagerareal for reagenser og forbruksmateriell må ha tilstrekkelig størrelse for beredskaps-, sikkerhets, og driftslager. Stort nok for å kunne tåle stopp i leveranser (fly/tog/bil) samtidig som holdbarheten ikke overskrives. o Vi er avhengige av veg/tog og fly forbindelser går. Stengt Saltfjellet kan være en stor utfordring samtidig som flyforbindelser nord/sør kan være rammet
<p>Behov fremover</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Behovsavklaring og kost/nytte av internt røpssystem bør vurderes • Behov for transportsystem mellom sykehusenhetene på Helgeland i tillegg mellom enheter som sykehus og LMS, primærhelsetjeneste/sykehjem og hjemmesykepleie • Etablering av lokale tappestasjoner for blodgivere utløser behov for transport av blod inn til sykehus. • Det er behov for en evaluering av den interne logistikken i HSYK skal være, og i tillegg sammen med inngående og utgående logistikk til/fra enheter i Helgelandsykehuset.

9.9.14 Teknisk materiell

Teknisk materiell er knyttet til drift av byggene.

Tabell 9.9-10 Status teknisk materiell

Status	<ul style="list-style-type: none"> • Brennstoff til strømaggregater og oljefyrkjeler: Kontrolleres og fylles etter behov på egnet tankanlegg fra stedlig leverandør • Gassanlegg: større tankanlegg med fjernavlesing av forbruk og etterfylling fra leverandør, Linde AS. Reserve flaskebatterier kontrolleres av brukere- bestilles av teknisk personell- leverandør Linde AS. • Ventilasjonsanlegg: Filter bestilles av teknisk personell i hht nasjonale avtaler. Service utføres i hht avtaler og frekvens. • Brannvarslingsanlegg: serviceavtaler i hht til frekvens, utføres av leverandør av anleggene eller godkjent svakstrøms entreprenør. • Heis: Service i forhold til frekvens/bruk og utføres av leverandør eller godkjent heisentreprenør. • Sprinkleranlegg: Utføres i henhold til bestemt frekvens og skal utføres av FG-godkjent leverandør. • Instrumentvaskemaskiner og autoklaver: <ul style="list-style-type: none"> o Utføres som årlig service, serviceavtaler eller ved direkte kontakt med leverandør eller godkjent serviceleverandør med valideringssertifikat. o Akuttalarmtelefoni: Serviceavtale og teknisk støtte med leverandør, noen smådeler på eget lager. o Elkraft: Leverandør i fht sentral avtale o Rør VVS: Rammeavtale- lokal leverandør o Elektro: Rammeavtale-lokal leverandør o Vann: Kommunale avtaler-lokalt o Avfall: Lokale avtale o Lyskilder: Nasjonal avtale
Organisering	<ul style="list-style-type: none"> • Teknisk personell bestiller selv nødvendig utstyr. Bestillinger skjer via leverandørens nettløsninger, e-post eller telefon. • Varelevering teknisk materiell leveres til varemottak eller post. Småteknisk materiell blir i enkelte situasjoner hetet direkte fra lokal leverandør. • Teknisk avdelinger har en del småmateriell på eget lager, det være seg elektromateriell, rørdeler etc.
Behov fremover	<ul style="list-style-type: none"> • Teknisk materiell har behov for lagring. I dag tar de plass i områder som normalt skal brukes til andre funksjoner.

9.9.15 Senger og sengevask

I denne kategorien er det sykehussenger som f.eks.; pasientseng, intensivseng osv.

Tabell 9.9-11 Status senger og sengevask

Status	<ul style="list-style-type: none"> • Mo i Rana: Sengesentral som rengjør senger og legger på nytt tøy, ca. 2,4 stillinger • Sandnessjøen: Kombinert med at renholdspersonell ca. 2 t/dag 5 dager uken, resten gjøres av avdelingen • Mosjøen: Rengjøring og klargjøring av seng gjøres av avdelingen • Innkjøp, ordrehåndtering, lager og distribusjon <ul style="list-style-type: none"> o Innkjøp ved renhold av senger skjer i samarbeid med avdelinger og innkjøp o Sengetøy leveres av eksternt vaskeri – se informasjon om tøy
Organisering	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Se punktet over under status</i>
Informasjon og flaskehals	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen IKT-system benyttes • Begrensning på tilgang på personell og areal for utførelse av oppgaven • Få senger i omløp og høy omløpshastighet
Behov fremover	<ul style="list-style-type: none"> • Hygiene sikring.

9.9.16 Legemidler

I denne kategorien er det legemidler i originalforpakninger, væsker, egenprodusert cytostatika, smerteblandinger, antibiotika og næringsblandinger

Tabell 9.9-12 Status legemidler

Status	<ul style="list-style-type: none">Fra 16. februar 2021 overtok SANO legemiddelleveransene til Helgelandsykehuset. Dette innebærer at personale fra SANO bestiller og utfører varemottak av legemidler fra grossist. SANO leverer videre ut legemidler til avdelingene. Det er ikke opprettet sentralt legemiddellager på sykehusene. Legemidlene bestilles fra avdeling vha. elektronisk bestillingssystem (Tønsys) på grunnlag av utarbeidet basisliste. Innkjøp gjøres via Helse Nord RHF legemiddelgrossist – Alliance Healthcare. Det er satt av egne lokaler for mottak og videredistribusjon av legemidler og kontorareal for øvrig farmasøytpersonale (rådgivning og klinisk farmasi)
Organisering	<ul style="list-style-type: none">Legemiddelleveransene til Helgelandsykehuset er underlagt driftskonsesjonen til Sykehusapoteket i Bodø og organisert i en egen enhet med stedlig avdelingsleder. Det er opprettet 1 farmasøytstilling per sykehus for å ivareta legemiddellogistikken.Det er totalt 10,5 stillinger i SANO relatert til legemiddelhåndtering, klinisk farmasi og rådgivning for Helgelandsykehuset.
Informasjon og flaskehals	<ul style="list-style-type: none">Tønsys – internt bestillingssystem for legemidler (fra avdeling til apotek). Clockwork – Helse Nord's ERP-system benyttes til bestilling av legemidler fra grossist, samt fakturering mvFlaskehals: n/a - tjenesten er så ny at dette ikke har kunnet bli evaluert
Behov fremover	<ul style="list-style-type: none">SANO anbefaler at det etableres ett eller to sykehusapotek med legemiddelproduksjon for å sikre kvalitetskravene overfor pasientene.

9.9.17 Oppsummering dagens virksomhet

I oppsummeringen er fokuset knyttet til støttesystemer (bygg, teknikk, utstyr) og abstrakte systemer (forsyningskjede):

- Gammel bygningsmasse og begrensede arealer setter begrensninger mht. å optimalisere forsyningstjenesten (forsyning, lagerstyring, vareflyt og fysisk håndtering). Det er ingen utvidelsesmuligheter i tilknytning til areal for hovedlager på noen av de tre lokasjonene og heller ingen rampe for mottak av gods. Det er ikke arealer for å etablere og bygge opp beredskapslager. Sentral-/hovedlagerfunksjonene er i dag knyttet til dagens sykehuslokasjoner og lokalisert med forskjellige arealer. Ny struktur kan legge til rette for nye muligheter til å optimalisere tjenesten og sentralisere/samordning for å oppnå stordriftsfordeler.
- Produksjon av pasientmat bør videre vurderes både mht. lokalisering av produksjon og serveringsform. Matkonseptene har utviklet seg og det er flere mulige serveringsformer å velge mellom. Lokalisering av produksjonen kan tenkes sentralisert for hele Helgelandsykehuset enten ved egen produksjon eller kjøp fra eksterne, f.eks. kommunalt storkjøkken slik som gjøres ved sykehuset i Mosjøen i dag.
- Det er voksende fokus på miljø og håndtering av returlogistikken - separering av avfall både på avfallsrom og i miljøgård. Det er økt behov for arealer til mellomlagring av avfall. Restavfall skal som hovedprinsipp til varemottaket. Annet avfall og restavfall fra eksisterende bygg, skal sorteres i avdelingene, samles opp i egnede beholdere i desinfeksjonsrom, urene lager og i avfalls-/miljøstasjonsrom for så å transporteres manuelt i vogner til varemottaket. Her skjer en videre sortering og lagring inntil henting av eksternt leverandør. Utenfor varemottaket må det plassert containere til risikoavfall og annet spesialavfall.

- Pasienter får ikke kjøpt legemidler og andre apotekvarer de trenger ved utskrivning og under opphold i dag. Kvalitet og holdbarhet på produksjoner som gjøres på sykehus er dårligere enn ved produksjon i apotek med egnede lokaler og spesialisert personell. Ved behov for apotekprodusert legemidler må disse fraktes fra Harstad/Tromsø. Krever god planlegging, tar tid og kostander til transport.
- Operasjonsavdelingen og sterilsentraler har blitt betydelig oppgradert og optimalisert de seneste årene, med unntak av Mosjøen. Det er et økende krav til sporbarhet på alle aktiviteter knyttet til pasientbehandlingen, inkludert lukket legemiddelsøyfe for legemidler. Økt krav til hygiene og kvaliteten av steriliseringsprosessen.
- Senger og sengevask har begrenset tilgang til personell og arealer for utførelse av oppgavene. Det er få senger i omløp og en høy omløpshastighet. I Mo i Rana er det en egen sengesentral som rengjør senger og legger på nytt tøy. Dette sikrer en høyere hygiene.
- Det oppstår «hamstring» av arbeidstøy som i enkelte tilfeller kan medføre mangel på tøy, flaskehals og leveringsutfordringer. Det er ønskelig å automatisere lagring, utlevering og innlevering av personaltøy.
- Det er manglende tilgang til ressurser av utstyr i deler av året knyttet til MTU. Deler av sortimentet burde vært lagerført på sentrallager fordi det er for lang leveringstid på dette sortimentet. Teknisk materiell har også behov for lagring. I dag tar de plass i områder som normalt skal brukes til andre funksjoner.

Den største utfordringen er at det er for små og uhensiktsmessige arealer innen flere områder som er til hinder for en effektiv og sikker vareflyt som hindrer utviklingen av tjenestene.

9.9.18 Trender, utviklingstrekk og nye forutsetninger

Utgangspunktet for å utvikle alternativer er å få frem ulike fremtidsbilder som kan påvirke hva som skal legges til grunnlag til Nye Helgelandssykehuset knyttet til Ikke-medisinske tjenester og logistikk.

9.9.19 Pågående forbedringsprosjekter

Helgelandssykehuset har flere pågående forbedringsprosjekter på tvers av flere tjenesteområder.

- Forbedre innkjøpsrutiner; omhandler å sette i drift endrede og bedre rutiner og inkluderer inngåelse av flere innkjøpsavtaler for varer og tjenester
- Etablering av serviceavtaler og rammeavtaler spesielt på håndverkertjenester
- Samle administrasjon av kjøretøy for leasing, leie og bruk av kjøretøy
- Planer om å igangsette et prosjekt innen kjøkken-området for å redusere svinn og matavfall og fokus på å redusere kostnader pr. pasient. Prosjektet skal også bidra til redusert sykefravær og redusert bruk av vikarer.
- Definere standard for renhold (INSTA800) og standardisere renhold i foretaket. Prosjektet tar sikte på å optimalisere ressursbruken på tvers av enhetene.
- Utskifting av kostnadskrevenne anlegg og innføre driftskontroll (SD-anlegg) innenfor områdene energi, vann avløp

I tillegg har Helgelandssykehuset gjennomført en rekke tiltak knyttet til å effektivisere vareflyt som en del av «hverdagsforbedringene» som skjer kontinuerlig innenfor følgende områder:

- Aktiv forsyning – sikrer god kontroll på varer og kostnader
- Organisering – en organisasjon innenfor logistikk på tvers av de tre sykehusene i Helgelandssykehuset
- Standardisering – varesortiment og prosesser
- Miljøfokus – sikrer fremtidsbilde knyttet til miljø sikkerhet og Grønt sykehus

- Informasjonssystemer – arbeider aktivt for å sikre felles systembruk

Dette er et arbeid som vil påvirke flyten på en effektiv måte og driftskostnader.

9.9.20 Trender

Trender er en rekke områder som kan utvikle logistikk og fremtidsbilde. Notatet tar med trender og endringer som kan forventes å endre Nye Helgelandssykehuset.

- Over lengre tid har det vært en retning på at **forsyningsfunksjonene blir konsolidert og sentralisert**. Dette har vært gjort i industrien/handel over en lang tidsperiode og vi ser nå at sykehusene følger etter med f.eks. etablering av regionale lager i Helse Sør-Øst og nå pågående i Helse Midt-Norge. Dvs. at lokale «hovedlager» er sanert og at funksjonen flyttes oppstrøms i forsyningskjeden for å oppnå effektivitetsgevinster relatert til lager, kapitalbinding, stordriftsfordeler, beredskap og sortimentsstyring mv. Dette er gjort samtidig med at det har blitt et større fokus på service til sluttkunden relatert til som servicegrad, sortimentsbredde, leveringstid osv.
- En større del av det **totale sortimentet** har med tiden også blitt flyttet inn til de sentrale lagrene. Fra tidligere besto sentrallagrene (hovedlagrene lokalisert på de enkelte sykehusene) for det meste av forbruksvarer. Nå er trenden at flere varegrupper; laboratorierekvisita, sterilt engangsutstyr, behandlingshjelpemidler og væsker mv, flyttes fra lokale lager rundt på de enkelte sykehusene til sentraliserte lager som betjener flere sykehus (se punktet ovenfor). Grunnen for dette er reduksjon i arealbruk, mer effektiv drift, høyere servicegrad og større evne til etablering av beredskapslager mv.
- **Produksjon av pasientmat** har over tid utviklet seg med at det er et **større antall kosttyper og generelt en større sortimentsbredde** enn tidligere. Krav til kvalitet på mat har endret seg som følge av samfunnsutviklingen og større fokus på mat som inngår som en større del av behandlingsforløpet. I kommunal sektor har samarbeid omkring produksjon av mat over tid utviklet seg til samlokaliserte kjøkken på tvers av helseinstitusjoner og kommuner. Resultatet har vært **større sentraliserte enheter med stordrift**. Omfanget av produksjons- og serveringskonsepter har også muliggjort og bidratt til en slik utvikling.
- En rekke **nye legemidler** har gjort det mulig å gi effektiv behandling for sykdommer det tidligere ikke var gode alternativer for. Særlig innenfor kreftområdet synes utviklingen å fortsette. Persontilpasset medisin, der diagnostikk, behandling og oppfølging tilpasses biologiske forhold hos den enkelte er i vekst. Med persontilpasset medisin følger bruk av legemidler i avansert terapi; – celleterapi, genterapi og vevsterapi. Innføring av nye behandlingsformer påvirker **forsyning, produksjon og distribusjon av legemidler direkte**. Også inn mot produksjon og tilberedning av legemidler ser vi en rivende utvikling. Tilgangen på «halvfabrikata» og «ready to use»-produkter muliggjør andre arbeidsmetoder i apoteket og i sykehus. Fremover blir det viktig for foretakene (sykehus/sykehusapotek) å vurdere graden av egenproduksjon opp mot mer standardiserte og tilgjengelige produkter i markedet, ut fra hensynet om bedre pasientsikkerhet og god sykehusøkonomi. Automatisering og robotisering av lagerhold og produksjon er allerede tatt i bruk av enkelte, med gode effekter på pasientsikkerhet og økonomi. Det er forventet en akselererende utvikling også fremover, og det kreves at helsesektoren følger aktivt med for å utnytte nye teknologiske muligheter. Sykehusapotekene har en viktig oppgave i å forsyne pasienter med legemidler og andre nødvendige produkter ved utskrivning fra sykehus. Veiledning om bruk av legemidlene er en sentral oppgave for å sikre optimal behandling. Med stadig mer avansert legemiddelterapi øker behovet for veiledning, – legemidlene blir vanskeligere å

bruke riktig. Med nye løsninger for reseptur- og butikkdata og ressursstyring (ERP) åpner det seg mange nye muligheter.

- I forbindelse med bygging av nye sykehus legges det vekt på **sentralisering av varemottak** for innsatsfaktorer som skal benyttes i primærdriften av sykehuset. Tidligere ble varer/leveranser levert til den enkelte avdeling og det var mye trafikk relatert til levering av varer. I den senere tiden ser man ofte at vareleveranser blir styrt inn til sentraliserte varemottak på sykehuset for deretter å bli levert til den enkelte varemottaker basert på fastsatte leveringsplaner.
- Det er i større grad fokus på å ta i bruk teknologi ved **økt omfang av digitalisering og automatisering** innenfor både kliniske og ikke-medisinske tjenester. Dette vil prege både bygg, utstyr og administrative prosesser, og må dermed ivaretas i forbindelse med ombygging og ny-bygging av sykehus for å forbedre planlegging og styring av forsyningsfunksjonene.
- **Behovet for rett produkt levert til rett tid** er et viktig krav som stilles til vareflyten. Det er også et viktig element for å sikre tilstrekkelig kapasitet for beredskaps- og sikkerhetslager. Sikkerhetslager har til oppgave å sikre at man ikke går tom for en vare som følge av uforutsette hendelser i inngående og utgående varestrøm. I tillegg vil sortiments- og produktutviklingen påvirke kapitalbindingen for sykehuset. Antall produkter som er tilgjengelige innenfor de ulike kategori og fagområdene er mange og økende, og forskjellig for sykehusene. Det vil være et behov for samordning og koordinering knyttet til standardisering av sortiment og produktutviklingen fremover. Dette gjelder koordinering og samarbeid mellom kliniske fagområder, innkjøp og logistikk.

9.9.21 Sammenligning med Narvik

I Helse Nord skal det bygges nytt sykehus i Hammerfest og Narvik. Det er naturlig å sammenligne med nytt sykehus i Narvik fordi det i utgangspunktet er mest likt utviklingstrekkene i Helgelandssykehuset.

Sammenligningen knyttet til Narvik er i hovedsak netto areal avsetninger som er gjort knyttet til Ikke-medisinske tjenester:

Tabell 9.9-13 Overordnet nettoareal for Sykehusene (sterilsentralen er tatt ut fra Narvik i ikke-medisinske tjenester)

Lokasjoner	1 - Mo i Rana	2 - Mosjøen	3 - Sandnessjøen	4 - Narvik
Totalsum netto areal for sykehusene	12 201	10 828	12 140	14 095
4 - Ikke-medisinske tjenester	1 366	1 146	1 447	1 697
Andel i %	11,2 %	10,6 %	11,9 %	12,0 %

I Narvik planlegges det å etablere et eget sykehusapotek med apotekfunksjoner som; publikumsapotek, produksjon og sykehusleveranser. Dette arealet vil være en diskusjon knyttet til om det skal etableres sykehusapotek eller ikke ved Helgelandssykehuset.

Det er noe forskjell i befolkningsgrunnlaget. Tallene er fra 2018:

- Narvik; 28.000
- Mo i Rana 34.689
- Sandnessjøen 26.094
- Mosjøen 16.348.

Endringer knyttet til funksjoner og løsninger i Mosjøen vil medføre at pasientgrunnlaget for Sandnessjøen og Mo i Rana vil øke. Størrelsen vil avhenge av hvilken fordeling som gjøres. Arealbehovet vil da skape utfordringer basert på at nettoarealet i Narvik er større enn i Mo i Rana og Sandnessjøen i dag, samtidig som befolkningsgrunnlaget er høyere i Helgeland. Det er da sannsynlig at arealbehovet til ikke-medisinske tjenester vil øke utover dagens behov, men omfanget vil være avhenge av funksjonsfordeling.

Ved en sammenligning mellom tall for ikke-medisinske tjenester i Helgelandsykehuset og sykehuset i Narvik, så er det avfallshåndtering og sentrallager som er de to del-funksjonene i Helgelandsykehuset som vil ha størst økning i andel areal. Basert på sammenligningen så er det samtidig en reduksjon i areal for sentralkjøkken. Dette er tre områder som også henger sammen med vurdering av trender og framskrivnings-vurderinger.

9.9.22 Oppsummering og anbefalt utviklingsplan

En forutsetning for en effektiv og trygg pasientbehandling er at forsyningstjenestene inn til og inne i sykehuset er forsvarlig planlagt og dimensjonert for kjernevirksomhetens aktivitet og hvor det tas høyde for beredskap ved uforutsette hendelser. Dette fikk vi et ferskt eksempel på i første del av Korona-epidemien.

Hovedprinsippet i Helgelandsykehuset er basert på aktiv forsyning, og at forsyningsaktiviteter utføres av servicemedarbeidere ved avdeling for Drift og eiendom. Dette medfører at pleiepersonell får frigjort tid til pasientaktiviteter.

Prinsippet krever samordnede prosesser som forutsetning for en effektiv og pålitelig vareflyt og forsyning. For at dette skal kunne la seg gjøre så forutsetter det at areal er riktig dimensjonert, ivaretar HMS og lagt til rette for effektive fysiske og administrative prosesser i hele forsyningskjeden fra leverandører via sentrallager til avdelingslager. Dimensjonering av kapasitet, fleksibilitet og robusthet og forsyningskjedens evne til å tåle endring over tid må bygges inn i prosessene og arealene som skal realiseres. Lagrene og forsyningsløsningene må ha et design slik at de over tid kan ivareta hygiene- og sikkerhetskrav.

Standardisering av produkter har stor betydning for de varemengder som skal lagres og transporteres. Muligens henger standardisering av varesortiment sammen med standardisering av pasientforløp. Dette vil uansett påvirke dimensjonering av areal, men også påvirke driftskostnadene.

Behovet for rett produkt levert til rett tid er et viktig krav som stilles til vareflyten. Det er også et viktig element for å sikre tilstrekkelig kapasitet for beredskap og sikkerhetslager. Sikkerhetslager har til oppgave å sikre at man ikke går tom for en vare som følge av uforutsette hendelser i inngående og utgående varestrøm. Beredskapslageret skal dekke opp for ekstraordinære hendelser jfr. Korona epidemien eller ekstremsituasjoner relatert til f.eks. forsyningsvansker i leverandørmarkedet

Hovedpunktene knyttet til beredskapsanalysen knyttet til logistikk og arealer er:

- Mat: Produksjon av pasientmat bør videre vurderes både mht. serveringsform og lokalisering av produksjonslokaler. Her er det flere mulige former for serveringsformer samt lokalisering av produksjonen (i sykehusene, sentralisert og/eller kjøp av tjenesten av kommunalt kjøkken (eksempelvis i Mosjøen)).
- Avfallshåndtering: Det er økt fokus på mellomlagring av avfall og tilstrekkelig arealer. Det er behov for kjølerom i sykehusene og økt plass til avfall og i uteområdet.
- Sentrallager: Det bør gjennomføres en analyse av muligheten for å sentralisere lagerhold av medisinske forbruksvarer og andre beslektede varegrupper ved enten å lokalisere dette innenfor ett av sykehusene eller utenfor «sykehus kroppen». Bakgrunnen for dette er at alle

de eksisterende lagerarealene ikke er egnet ut fra de krav til areal, høyde og egnethet som grunnlag for effektiv drift. Ingen av dagens arealer har utvidelsesmuligheter i tilgrensede arealer.

- Tøy: Det er behov for å sikre en effektiv flyt knyttet til arbeidstøy og arealbehov.
- Senger og sengevask: Det bør tas et valg knyttet til behovet for en egen sengesentral på sykehuset i Sandnessjøen for å sikre hygiene kravene.
- Teknisk utstyr og annet utstyr: Det er behov for å frigjøre arealer på sykehusene for å gi tilgang til andre funksjoner enn tekniske og annet utstyr. En mulighet er å koble dette til analysen av et sentrallager i ett av sykehusene eller utenfor «sykehuskroppen».
- Sykehusapotek og legemiddelproduksjon: Av hensyn til beredskap, pasientsikkerhet og tilbudet til pasientene i Helgelandssykehuset anbefaler Sykehusapotek Nord HF at det vurderes å etablere ett eller to fullverdige sykehusapotek i Helgelandssykehuset. Fullverdige sykehusapotek er imidlertid avhengig av sykehusets funksjoner og pasientgrunnlag. En slik vurdering må Helgelandssykehuset gjøre i samarbeid med Sykehusapotek Nord HF.

Det pågår i dag et regionalt strategiarbeid knyttet til lukket legemiddelsløyfe som sannsynligvis vil ha innvirkning på hvilken strategi en velger for å oppnå lukket legemiddelsløyfe både i nye Helgelandssykehuset og i regionen.

Endelig valg av modell og tjenestetilbud fra Sykehusapoteket må gjøres på grunnlag av vurderinger gjort sammen med fagområder i Helgelandssykehuset. Viktige momenter som må tas i betraktning er blant annet pasientgrunnlag, kundegrunnlag (for publikumsavdelingene), funksjonsfordeling, valg av logistikk-løsninger og strategi for å øke pasientsikkerhet på legemiddelområdet, herunder lukket legemiddelsløyfe.

I bærekraftanalysen må disse punktene bli tatt med i vurderingen. Behov for effektiv vareflyt vil være med på å sikre god pasient sikkerhet, ressurseffektivitet og driftsøkonomien.

9.10 ADMINISTRASJON OG LEDELSESTØTTE

Helgelandssykehuset HF er en kunnskapsorganisasjon. Kvaliteten på de helsetjenestene vi tilbyr avhenger av kompetansen til hver enkelt medarbeider og organisasjonenes samlede kompetanse. Helgelandssykehuset skal forvalte og utvikle kompetansen for å møte befolkningens behov og forventninger til kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Å beholde, utvikle og rekruttere rett kompetanse er avgjørende for sikre gode og likeverdige spesialisthelsetjenester i fremtiden. For at Helgelandssykehuset skal løse sitt samfunnsoppdrag på en effektiv måte må vi ha ledere som utøver strategisk og resultatorientert lederskap i samhandling med andre. God og strategisk ledelse er også avgjørende for å sikre kvalitet, forsvarlighet og likeverdighet i tjenestetilbudet. Økonomien må styres med forutsigbarhet og kontroll for å understøtte realiseringen av Nye Helgelandssykehuset, i tråd med målene og sikre en bærekraftig i drift i ny struktur. Virksomheten skal i sin helhet drives i tråd med lover og forskrifter, samt myndighetspålagte krav til kvalitet og forsvarlighet. Dette gjelder både i klinisk virksomhet og pasientbehandling, forvaltning av de menneskelige ressursene (våre ansatte), økonomisk bærekraft, i arkivering og håndtering av dokumenter, behandling av sensitiv informasjon og personopplysninger - som noen utvalgte eksempler på områder som skal ivaretas.

Helgelandssykehuset skal også sørge for å utvikle kompetanse, tjenester og de menneskelige ressursene i takt med tiden og forventningene til oss som helseforetak og forventningene til oss som offentlig virksomhet. Helgelandssykehuset må derfor kommunisere godt internt og eksternt, og jobbe systematisk med omdømme, der transparens og åpenhet er viktige elementer.

I alle disse oppgave bidrar stab og ledelsesstøtte med kompetanse og ressurser for oppnåelsen av samfunnsoppdraget i tett samspill med de som utfører kjerneoppgavene. Alle fagområdene er viktige for den totale leveransen til våre pasienter.

Vi forstår Helgelandssykehusets samfunnsoppdrag slik²⁷:

- Helgelandssykehuset er spesialisthelsetjenesten på Helgeland.
- Vi skal sikre at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter.
- Vi skal sikre befolkningen likeverdige spesialisthelsetjenester med god kvalitet.
- Vi skal ivareta forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende i tråd med vårt lovpålagte ansvar.

Rammen for arbeidsgruppen er samfunnsmålet for Nye Helgelandssykehuset²⁸

«Helgelandssykehuset – Norge beste lokalsykehus – skal etablere ett sykehus som gir trygghet for befolkningen på Helgeland. Det skal være pasienttilpassede, kunnskapsbaserte og sammenhengende pasientforløp av høy kvalitet, som møter dagens og fremtidens behov. Helgelandssykehuset skal bidra til et attraktivt og utviklende Helgeland – for fagmiljøene og samarbeidspartnere. Helgelandssykehuset skal gi tilgjengelige, gode og likeverdige tjenester til alle som trenger det.»

Arbeidsgruppen har også hatt fokus på stabenes bidrag til å nå effektmålene i prosjektet Nye Helgelandssykehuset:

- Enhetene i Helgelandssykehuset skal driftes som ett sykehus
- Forbedre pasientens helhetlige tjenestetilbud på Helgeland

²⁷ Basert på gjeldende nasjonal helse- og sykehusplan, samt føringer fra Helse Nord RHF.

²⁸ Fastsatt i styringsdokumentet for konseptfasen - steg 0.

- Pasienten mottar god kvalitet på pasientbehandlingen i Helgelandssykehuset
- Helgelandssykehuset er en attraktiv arbeidsplass med stabilt fagmiljø og riktig kompetanse
- Helgelandssykehuset er tilrettelagt for utdanning, forskning og kompetanseutvikling
- Helgelandssykehuset er et ressurs- og kostnadseffektivt sykehus
- Helgelandssykehuset har effektive, funksjonelle og bærekraftige sykehusbygg

Helgelandssykehuset ivaretar målsetting innenfor grønt sykehus Målet med arbeidet i gruppe 9 har vært å:

- Utmeisle et fremtidsbilde og en visjon for administrasjon og ledelsestøtte i Nye Helgelandssykehuset.
- Gi et første innspill til grunnlag for dimensjonering og plassering (arealer og funksjoner for stab og ledelsestøtte)

9.10.1 Avgrensning av arbeidet:

Gruppe 9 «administrasjon og ledelsestøtte» favner alle områder som i dag ligger i Organisasjon og administrasjon i Helgelandssykehuset. Dette innebærer hele bredden av oppgaver; både driftsoppgaver og saksbehandling, utviklingsoppgaver og faglig veiledning. Vi har inkludert både myndighetspålagte oppgaver, lokalt besluttede oppgaver og utviklingsoppgaver. Arbeidsgruppen beskriver også noen utviklingsbehov som påvirker og har relevans for andre deler av staben i Helgelandssykehuset, herunder Senter for fag, forskning, utdanning og samhandling. Arbeidsgruppen har vært ledet av direktør for organisasjon og administrasjon. Sykehusplanlegger Arild Vassenden fra Sykehusbygg har vært fasilitator for gruppens arbeid. Medlemmene i arbeidsgruppen framkommer i kapittel 7.10.6.

Arbeidsgruppen har i tillegg til felles oppstartsmøte for alle arbeidsgruppene 18.1.21, gjennomført fem ordinære prosjektmøter og tre interne arbeidsmøter. Det enkelte arbeidsgruppemedlem har hatt dialog med egen stab og fått innspill i flere omganger. Det er gjennomført et felles orienteringsmøte for alle stabsansatte med mulighet for innspill i ettertid. Stabslederne er orientert om arbeidet underveis gjennom stabsledermøtene. Referater og presentasjoner fra møtene er lagt på prosjektområdet i SharePoint og i Elements for dokumentasjon og gjenfinning.

Arbeidsgruppen har tatt for seg utviklingen av de administrative fagene. Det er således ikke slik at arbeidsgruppen har sett på alle fagområder som i dag ligger i stabene. Vi har derfor ikke omtalt stabenes utvikling som sådan, men kun utviklingen av de fagene som kan regnes som “administrative” fagområder, herunder både driftsoppgaver, utviklingsoppgaver og faglig veiledning.

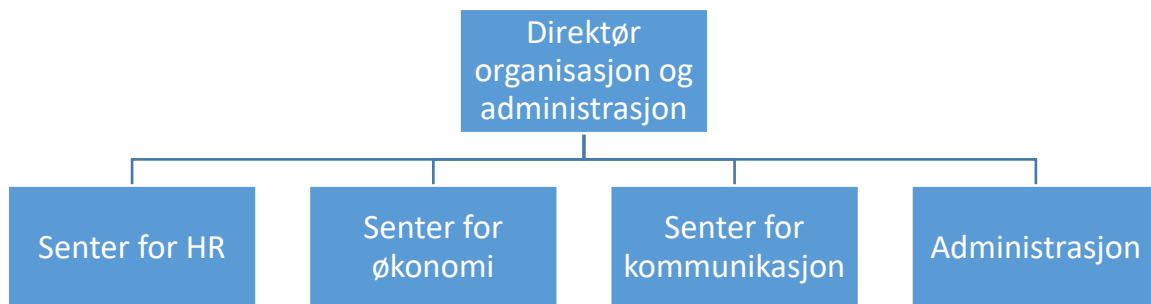
Arbeidsgruppen har sett på hvordan disse fagområdene:

- vil utvikle seg i fremtiden
- kan og bør bidra til å utvikle organisasjonen Helgelandssykehuset i fremtiden

Når det gjelder dimensjonering og plassering har arbeidsgruppen valgt å ta hensyn til stabenes totale antall ansatte.

9.10.2 Dagens situasjon

Direktør for organisasjon og administrasjon leder en stabsenhet med fire underliggende avdelinger, slik det fremgår av figur 9.10-1



Figur 9.10-1 Organisering av Organisasjon og administrasjon

Organisasjonsstrukturen skal danne en hensiktsmessig ramme for ivaretagelse av organisasjon og administrasjon sine kjerneoppgaver, og for en effektiv og god ressursutnyttelse.

Helgelandssykehusets støttefunksjoner og fellestjenester skal understøtte og forbedre foretakets kjernevirksomhet og arbeidsprosesser skal bidra til utvikling av organisasjonen. Støttefunksjonene skal samtidig sikre at foretaket oppfyller myndighetspålagte krav, og lovkrav innenfor en rekke fagområder.

Avdelingene har ansatte på alle tre sykehuslokalisasjoner, og ved flere leide kontorsteder utenfor sykehusene. Dette kan beskrives som en desentralisert struktur med totalt åtte ulike lokasjoner hvor stabsansatte har sin faste arbeidsplass. De fleste ansatte har mobile løsninger med mulighet for å jobbe fra flere steder. Samlet har området organisasjon og administrasjon ca. 50 ansatte, og stabene totalt ca. 90 ansatte.

9.10.2.1 Senter for økonomi

Senter for økonomi ledes av økonomisjef. Senteret er en fagavdeling med et helhetlig ansvar for økonomiområdet i foretaket. Senteret spenner fra transaksjonsbaserte oppgaver innenfor lønn, refusjon og regnskap til mer prosessuelle oppgaver som budsjettering, virksomhetsrapportering og analyser. Strategisk arbeid og analyser som beslutningsstøtte for ledelsen og styret er viktige og sentrale oppgaver.

Senteret fungerer som en samarbeidspartner på tvers av fag med rådgivning og forbedringsarbeid for hele organisasjonen, samt likeverdig økonomifaglig støtte til alle lokasjoner.

Viktige fagområder og oppgaver Senter for økonomi:

- Virksomhetsrapportering
- Analyser, rapportering og ledelsestøtte
- Utarbeidelse av diverse beslutningsunderlag
- Budsjettarbeid og budsjettansvar
- Regnskap, lønn og refusjoner
- Systemansvar (Paga, UNIT4, VA), administrative støttefunksjoner og lederstøtte på ulike områder innen økonomiområdet
- Rapportering SSB, Helsedirektoratet, KPP m.fl.

9.10.2.2 Senter for HR

Senter for HR (human resources) ledes av HR-sjef. HR handler om organisasjonens ulike prosesser for forvaltning og administrasjon, men ikke minst strategisk og systematisk arbeid for å fremme utviklingen og anvendelsen av de menneskelige ressurser i Helgelandssykehuset.

Viktige fagområder og oppgaver i Senter for HR er:

- Å sammen med ledergruppen bidra til utvikling av Helgelandssykehuset som helhet, herunder utviklingsprosesser og endringsprosesser.
- Å sikre systematisk arbeid for å forvalte organisasjonens menneskelige ressurser, og slik bidra til at Helgelandssykehuset oppnår målene for kjernevirksomheten.
- Fagavdeling som bidrar til rekruttering, ivaretagelse og videreutvikling av medarbeidere og ledere.
- Å bidra til en felles forståelse, gjennom prosesser som forsterker og forbedrer kulturen i organisasjonen.
- Å bidra til at vi analyserer behovet for kompetanse, rekrutterer, engasjerer og videreutvikler ansatte for å sikre rett kompetanse i tråd med behovene i foretaket. HR er prosessleder for strategisk kompetanseplan og operative kompetanseplaner på foretaksnivå.
- Å sørge for felles «kjøreregler» og forståelse av disse i sykehuset. Dette omfatter blant annet personal- og lønnspolicy, samt håndhevelse av lov og avtaleverk som er relevant for HR-området og rutiner/prosedyrer rundt dette.
- Å jobbe ut fra en strategi for HR i Helgelandssykehuset, som ivaretar både kort og langsiktige perspektiver
- Å jobbe systematisk opp mot styringsmålene i Helgelandssykehuset, både internt besluttede mål, mål i oppdragsdokumentet og nasjonale føringer.

9.10.2.3 Senter for kommunikasjon

Senter for kommunikasjon består i dag av kommunikasjonssjef og to kommunikasjonsrådgivere.

Viktige fagområder og oppgaver i Senter for kommunikasjon er:

- Støtte og rådgivning til ledere, i daglig drift, prosjekter, endringsprosesser og kriser
- Kommunikasjonsstrategier, kommunikasjonsplaner og tiltak
- Produksjon av informasjon tekst/bilde til intranett, internett, infoskjerm, linjeorganisasjonen, sosiale medier, redaksjonelle medier
- Medieovervåkning og mediehåndtering
- Drift av nettsider, intranett, infoskjerm, sosiale medier
- Klarspråk og pasientinformasjon
- Ivaretagelse av grafisk profil
- Innsynsbejæring

9.10.2.4 Administrasjon

Avdelingen administrasjon består av de merkantile ressursene og rådgivere knyttet til Helgelandssykehusets administrerende direktør, sykehusledelse og styre. I tillegg er den sentrale sak, arkiv og postfunksjonen plassert her.

Elektroniske saksarkiv er felles for foretaket. Sentralarkivet består av 2,5 stillinger. I tillegg er det saksfordelere i staber og enheter som har en rolle i fordeling av post, dokumentfangst og veiledning. Alle offentlige organer plikter å ha arkiv og arkivene skal være ordnet og innrettet slik at dokumentene er sikret som informasjonskilder både for samtid og ettertid.

Arkivet er en viktig premiss for ivaretagelsen av forpliktelser som følge av arkivlov, offentlighetslov og forvaltningslov og herunder foretakets omdømme. I tillegg er arkivtjenesten foretakets kompetanse på arkivfaget. Helgelandssykehuset har en rekke eldre fysiske arkiver som over tid vil avvikles (evt. digitaliseres).

Helgelandssykehusets foretaksledelse og staber har i dag tre administrative rådgivere. Disse har hovedansvaret for all administrasjon av møtevirksomhet i styret, foretaksledelse og en rekke prosesser og prosjekter som ledes fra foretaksledelsen eller staber. Det er også merkantile ressurser i enhetene. Organisatorisk er ikke disse tilknyttet stabene.

Viktige fagområder og oppgaver for administrasjon er:

- Planlegging og gjennomføring av all møtevirksomhet knyttet til styret, foretaksledelse og administrerende direktør
- Dokumentasjon og ivaretagelse av prinsippene om åpenhet, sporbarhet og transparens i den forbindelse
- Booking, endring og avklaringer vedr. fysiske og digitale møter
- Praktisk bistand til administrerende direktør og foretaksledelsen
- Saksbehandling knyttet til administrerende direktør og foretaksledelsen
- Bistand i rapportering til HN og andre myndigheter
- Skanning- og journalføring av inngående administrativ post
- Brukerstøtte og kursing for brukere i Elements
- Kvalitetssikring i Elements og publisering av offentlig postjournal
- Oppdatering og utforming av rutiner/prosedyrer for dokumentbehandling i Elements
- Holde foretakets arkivplan oppdatert.

Forholdet til andre staber og stabsressurser

De helsefaglige stabene "Senter for fag, forskning, utdanning og samhandling" (SFFUS) er organisert under medisinsk direktør, og består av ca. 40 ansatte. Disse stabene har i all hovedsak ansvaret for ivaretagelse av og lederstøtte til myndighetspålagte oppgaver og utvikling av foretakets tjenester knyttet tett til kjerneoppgavene. Her ligger også Senter for samhandling som har ansvaret for samhandlingen med kommunene og kommunehelsetjenesten. Andre oppgaver som ligger i disse stabene er blant annet:

- Forskning, innovasjon og utdanning.
- Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid
- Pasientrettigheter, personvern og informasjonssikkerhet
- Smittevern
- Farmasi og legemiddelhåndtering
- Beredskap
- E-helse
- Samhandling med kommunene og helsefelleskap

Organisasjon og administrasjon har et utstrakt samarbeid med SFFUS. I framtiden ser vi for oss et enda tettere samarbeid. På flere av områdene vil det være behov for å utarbeide nye- eller fornyede strategier i fellesskap.

Samhandling i Helse Nord

Helgelandssykehuset har i dag samhandling med Helse Nord RHF (HN) og de andre foretakene i helseregionen på en rekke områder. Koordineringen av arbeidet skjer ofte gjennom stabene, men det er også utstrakt samhandling gjennom kliniske fag- og lederlinjer. Styringslinjene og ansvar utledes av foretaksmodellen og helseforetaksloven. I noen sammenhenger er HN derfor myndighet og stabene bistår således til at Helgelandssykehuset leverer og rapporterer på myndighetspålagte oppgaver. I andre sammenhenger er det regionale strategier og handlingsplaner som gir overordnet retning og føringer for ulike fagområder i regionen. Eksempel på dette er «Regional utviklingsplan i Helse Nord», «Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering», og en rekke andre planer. På regionsnivå samhandler man også på en rekke områder hvor målet er å finne gode løsninger sammen, og å bistå hverandre med ressurser og fagkompetanse. Arbeidsgruppen har lagt til grunn at samhandling mellom foretakene i HN vil øke og samarbeidet i regionen vil styrkes i årene framover.

9.10.3 Trender og utviklingstrekk

Arbeidsgruppen har gjennom en involverende prosess sørget for innspill og analyser fra hver avdeling i Organisasjon og administrasjon. Vi vil ut fra faglig innspill og litteraturgjennomganger fremholde følgende generelle trender innen fagområdene våre:

- Implementering av nye systemer og automatisering av arbeidsoppgaver vil prege fremtiden innenfor flere av våre fagområder.
- Forventninger om fokus på digitalisering og forbedringsarbeid. Dette er nødvendig for å rigge seg for fremtidens arbeidsoppgaver.
- Større krav fra pasienter og ansatte om å ta i bruk fremtidsrettede og brukervennlige systemer.
- Økte krav til servicenivå og tilgjengelighet for fagområdene innenfor organisasjon og administrasjon, både fra brukere og ansatte.
- Større krav til kvalitet og kompetanse.
- Behov for mer kunnskap og kompetanse innenfor organisasjonsutvikling, prosjektledelse, digitaliseringsarbeid, forbedringsarbeid og innovasjon.
- Økende myndighetskrav og forventninger på områdene kvalitet, internkontroll, informasjonssikkerhet, pasientsikkerhet, offentlighet.
- Større konsekvens av mangel på kvalitet, dokumentasjon og oppfølging (ansvar)

Arbeidsgruppen mener ut fra våre analyser og oppsummering av hovedtrender at vi må ha mål om å utvikle våre fagområder, jobbe mer strategisk og systematisk med utvikling. Samtidig må fokuset på Helgelandssykehusets kjerneoppgaver forsterkes. Viktige innsatsområder er:

- Forbedringsarbeid og å frigjøre tid til å levere bedre kvalitet på våre kjernetjenester og faglige hovedområder.
- Legge til rette for utvikling og rett kompetanseheving i eksisterende fagmiljøer. Dette er nødvendig for å ta i bruk fremtidens teknologi.
- Større grad av tverrfaglig samarbeid.
- Samhandling og faglig støtte til alle lokasjoner, enheter og mellom staber
- Utviklingsarbeid for å levere på kjernetjenester effektivt og med kvalitet.

Det vil være nødvendig å "rigge" seg for fremtidens arbeidsoppgaver og arbeidsform ved å ha kunnskap og kompetanse innenfor organisasjonsutvikling, prosjektledelse, digitaliseringsarbeid, forbedringsarbeid, innovasjon og kommunikasjon.

9.10.4 Anbefalt utviklingsplan

Ut fra analysene av trender innen fagområdene har arbeidsgruppen identifisert viktige kompetanseområder i fremtidens administrative fagområder. Her vil vi særlig fremheve følgende hovedtrekk når det gjelder kompetanseområder som blir viktige fremover:

- Sikre kompetanse til å kunne gå mer fra transaksjonsbasert arbeid til mer kontrollering og bearbeidelse av data, analyse og rapportering.
- Sikre faglig oppdatert kunnskap, forståelse og kompetanse for gjeldende regelverk og lovverk og praktiseringen av dette i virksomheten.
- Sikre strategisk kompetanse og analytisk kompetanse.
- Sikre kompetanse til å bidra i kontinuerlig forbedring.
- Sikre kompetanse til å ta i bruk ny teknologi: Vår rolle som teknologi-integrator, effektivisere og frigjøre tid til annet verdiskapende arbeid (Robotisert prosessautomatisering, AI, VR)
- Sikre kompetanse til å bygge tillitsbaserte relasjoner innad i organisasjonen og med eksterne partnere (endring, samarbeid)
- Sikre endringskompetanse- spesielt viktig med tanke på ny teknologi (planlegge, aktiv støttespiller endring)
- Sikre kompetanse til å bidra med datagrunnlag for strategiske beslutninger i organisasjonen, rapportering, sanntidsinformasjon.

Særlig for økonomiområdet:

- Gi likeverdig økonomi-faglig støtte til hele organisasjonen
- Gi støtte til ledergruppen, styret og andre beslutningstakere ved hjelp av informasjon og analyse både på detaljnivå og sammensatt til en større helhet
- Avdekke behov for, samt bistå andre med se behovet for forbedringsarbeid. Dette krever kommunikasjon, relasjonsbygging, teamarbeid og kunnskap også om drifts- og kliniske prosesser.
- Være en pådriver og støttefunksjon i forbedringsarbeid (fasilitator?)
- Imøtekomme kontinuerlig økende krav for styringsinformasjon og datakvalitet både internt i organisasjonen men også utenfra organisasjonen som myndigheter og andre interessenter
- Arbeide systematisk opp mot og rapportere på styringsmålene i Helgelandssykehuset, både internt besluttede mål, mål i oppdragsdokumentet og nasjonale føringer.

Særlig for HR-området:

- HR skal sammen med ledergruppen bidra til utvikling av Helgelandssykehuset som helhet.
- HR er ei fagavdeling som bidrar til ivaretagelse og videreutvikling av medarbeidere og ledere og en felles organisasjonsforståelse.
- HR sørger for felles «kjøreregler» og forståelse av disse i sykehuset.
- HR tar et felles ansvar for at medarbeidere og ledere får nødvendig opplæring.
- HR jobber ut fra en strategi for HR i Helgelandssykehuset, som ivaretar både kort og langsiktige perspektiver
- HR jobber mer systematisk opp mot styringsmålene i Helgelandssykehuset, både internt besluttede mål, mål i oppdragsdokumentet og nasjonale føringer.

Særlig for senter for kommunikasjon:

- **Pasienten:** Effektive kommunikasjonskanaler, ny teknologi benyttes slik at pasienten får mer og bedre informasjon. Smarte sykehus, smarte tjenester og klart språk
- **Befolkning:** Bygge omdømme og skape tillit – jobbe internt og eksternt. Vi vil skape stolthet. Åpenhet og transparens må ligge til grunn. Gjennomgående følge og bruke offentlighetsloven.
- **Ansatte:** Effektive kommunikasjonskanaler internt, støtte til ledere for forbedring av intern kommunikasjon. Internkommunikasjon er vesentlig for utvikling av organisasjonsforståelse og kultur.
- **Plan og strategi:** Kommunikasjonsplaner og kommunikasjonsstrategier må på plass – og disse må jevnlig oppdateres og utvikles, og vi skal jobbe etter vedtatte planer. Sosiale medier er en viktig del av kommunikasjonsarbeidet, får en stadig større rolle. Møteplattformer endres. Mer digitalt, og større krav til kvalitet når man først har fysiske møter.
- **Forskning og utvikling:** Vi vil at Helgelandssykehuset skal gå foran, ikke henge etter. Identifisere utviklingspotensialet, også i administrative fag. Utøve forskning – kanskje med ekstern finansiering?
- **Ressurssetting:** For å oppnå våre målsettinger må vi ressurssette tilstrekkelig og vi må ha god kompetanse. Vi må satse for å bli gode. Norges beste lokalsykehus må være sterk på kommunikasjon og juss.

Særlig for dokumentbehandling og saksbehandling:

- Nytenkning rundt rutiner, systemer, praksis og teknologi
- Tilrettelegge for å dele og utveksle informasjon i større grad enn vi gjør i dag. Eksempelvis «live feed» der part eller pasient i saken skal kunne se dokumentasjon og hva status i sak er
- Flere automatiserte prosesser og integrasjoner mellom systemer vil forbedre saksbehandlingstid og informasjonstilgang
- Innebygd arkivering. Prosjektet arkivfloken tar for seg hvilke utfordringer offentlig sektor har med å ta vare på informasjon i fremtiden. Metoden er å sette brukeren i sentrum

Det må også samarbeides tettere med de helsefaglige stabene og kjernetjenestene. For hvert av fagområdene over, har arbeidsgruppas arbeid resultert i mer detaljerte planer og muligheter enn gjengitt her. Disse vil tas med i det videre arbeidet.

Visjon for organisasjon og administrasjon

Samlet sett vil vi ut fra en helhetlig vurdering av trender, kompetansebehov og med samfunnsmålene for Nye Helgelandssykehuset som ramme, anbefaler arbeidsgruppen at det jobbes mot en visjon for Organisasjon og administrasjon i retning av:

Organisasjon og administrasjon skal:

- Bidra til at Helgelandssykehuset ivaretar samfunnsoppdraget
- Bidra til at virksomheten drives slik det er fastsatt i lover og forskrifter innenfor relevante områder (myndighetspålagte oppgaver)
- Være en drivkraft for utvikling, endring og kontinuerlig forbedring i organisasjonen
- Være en kompetent fagstab som:

- Sikrer effektive arbeidsprosesser og riktig bruk av teknologi
- Sikrer kvalitet og redusere uønsket variasjon
- Sikrer gode prosesser og datagrunnlag for store og små beslutninger i virksomheten
- Designer prosesser som forsterker organisasjonen og utvikler kulturen
- Gir råd og veiledning for praktisering av relevante lover og regler

Visjonen vil videreutvikles i organisasjon og administrasjon etter vedtatt faglig strategisk utviklingsplan.

Viktige kompetanseområder i framtidens organisasjon og administrasjon

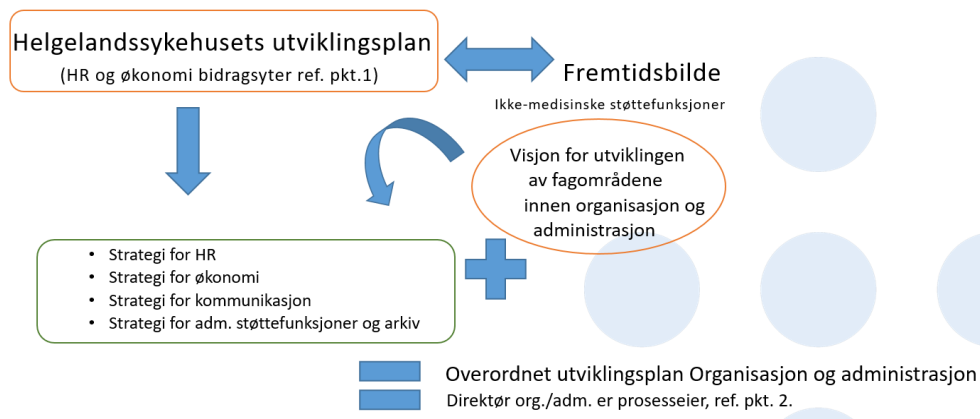
- Fra transaksjonsbasert arbeid til kontrollering og bearbeidelse av data, analyse og rapportering
- Fra transaksjonsbasert til utviklingsbasert
- Være oppdatert, forstå og ha kompetanse i regelverk og lovverk, samt praktiseringen av dette
- Strategisk kompetanse, sammen med analytisk kompetanse
- Kontinuerlig forbedring
- Kompetanse til å ta i bruk ny teknologi: teknologi-integrator, drivkraft, effektivisere og frigjøre tid til annet verdiskapende arbeid (Robotisert prosessautomatisering, AI, VR)
- Evne til å bygge tillitsbaserte relasjoner innad i organisasjonen og med eksterne partnere (endring og samarbeid)
- Endringskompetanse: spesielt viktig med tanke på ny teknologi (planlegge, aktiv støttespiller endring)
- Sikre datagrunnlaget for strategiske beslutninger i organisasjonen, rapportering, sanntidsinformasjon

Videre oppfølging av visjon og strategisk videreutvikling av organisasjon og administrasjon

Arbeidet med delstrategier og tiltaksplaner for fagområdene som i dag ligger innenfor organisasjon og administrasjon, skal understøtte måloppnåelse for organisasjonen i tråd med målbildet som vil fastsettes i den faglige strategiske utviklingsplanen for Helgelandssykehuset.

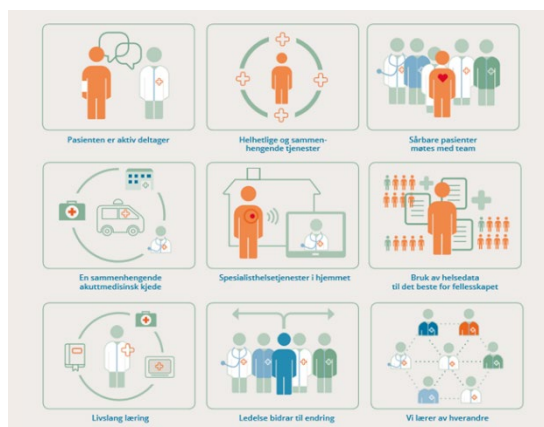
Det vil være viktig at disse fagområdene utvikler seg i tråd med forskning og utvikling på området og beste praksis, samt tar i bruk moderne teknologi innenfor disse fagområdene samtidig som rollen som utviklingsressurs for foretakets kjernevirksomhet og lederskap ivaretas.

Når faglig strategisk utviklingsplan for Helgelandssykehuset er vedtatt, vil organisasjon og administrasjon begynne på arbeidet med å utvikle seg i den retningen som vedtas. Dette er beskrevet i figur 2. Visjonen for utvikling av de administrative fagene, vil danne rammen for utviklingen av egne delstrategier for hvert fag. Dette arbeidet må gjøres i tett samarbeid med klinikker, enheter og andre staber. Deretter vil det fastsettes tiltaksplaner for hvordan vi skal realisere måloppnåelse og understøtte faglige strategisk utviklingsplan.



Figur 9.10-2 Beskrivelse prosess

Det strategiske arbeidet i stabene må understøtte retningene satt Nasjonal sykehusplan, illustrert ved:



Figur 9.10-3

Arbeidet er langsiktig og bør igangsettes så snart strategisk utviklingsplan er vedtatt.

Særlig om bemanning og rekruttering

Arbeidsgruppe 9 har i dette arbeidet hatt hovedfokus på et fremtidsbilde for administrasjon og ledelsesstøttefagene i et to-dimensjonalt bilde:

- Hvordan disse fagområdene vil utvikle seg i fremtiden
- Hvordan disse fagområdene kan og bør bidra til å utvikle organisasjonen Helgelandssykehuset i fremtiden

Bemanning og rekruttering vil bli utfordrende og helt avgjørende for helsetjenesten i årene framover. Dette vil være et særdeles viktig fagfelt å arbeide strategisk og langsiktig med i årene fram til prosjektet Nye Helgelandssykehuset avsluttes. Den faglige strategiske utviklingsplanen vil danne grunnlaget for dette arbeidet sammen med kjente nasjonale utviklingstrekk og funn for området. Helgelandssykehuset har i dag et strategisk rekrutteringsarbeid, som må videreutvikles basert på vedtatt faglig strategisk utviklingsplan. Arbeidet i de andre arbeidsgruppene og endelig faglig strategisk utviklingsplan, vil ha stor betydning for dette arbeidet både på mellomlang og lang sikt. Arbeidsgruppe 9 foreslår derfor et eget strategisk utviklingsarbeid og deretter operasjonalisering av

dette området for å lykkes med de framtidige tjenestene som planen legger opp til. Dette arbeidet foreslås påbegynt så snart den faglige strategiske utviklingsplanen er behandlet av styrene i Helgelandssykehuset og Helse Nord RHF, og at man først går konseptuelt og overordnet inn i arbeidet før mer detaljerte tiltak lages basert på besluttede strategier og konsepter.

9.10.5 Framtidig dimensjonering og plassering

Stabene som ligger under organisasjon og administrasjon er:

- HR
- Økonomi
- Kommunikasjon
- Administrasjon

Organisasjon og administrasjon består i dag av ca. 50 personer. Sammen med Senter for fag, forskning, utdanning og samhandling utgjør stabene i dag i underkant av 90 personer. Stabene har en desentralisert struktur, hvor alle staber har medarbeidere mer enn ett sted på Helgeland. I dag er stabspersonell i stor grad lokalisert i leide lokaler utenfor sykehusene på grunn av plassmangel i sykehuskroppene. Totalt holder stabspersonell til i åtte ulike bygninger i tre ulike byer.

Noe stabspersonell er lokalisert uten nær fysisk tilknytning til eget fag og egen stab, og noen er lokalisert uten nær fysisk tilknytning til kjerneoppgavene.

For framtidig dimensjonering og plassering av stabene så har arbeidsgruppen gjort en overordnet vurdering av flere forhold:

- a. Forholdet til dagens ansatte:
 - Det forutsettes at "å bygge på eksisterende fagmiljø", også gjelder stabspersonell. Stabene består av fagfolk med høy kompetanse og mye erfaring som det vil ta tid å bygge opp dersom man skulle miste dagens miljø.
 - Helgelandssykehuset ønsker å beholde alle ansatte i interimfasen og når Nye Helgelandssykehuset står klart.
 - Arbeidslivets rettigheter må ivaretas.
 - Det vil være turnover og naturlig avgang i årene framover. Dette gir utfordringer, men også muligheter.
 - Strukturvedtaket gir muligheter og fleksibilitet, med
 - Akuttstusykehus i Mo i Rana og i Sandnessjøen og omegn (hovedsykehus)
 - DPS-strukturen skal beholdes
 - Poliklinisk somatisk tilbud i Vefsn
 - DMS i Brønnøysund
 - Teknologi gir mulighet og fleksibilitet for den ansatte og foretaket

Arbeidsgruppas umiddelbare vurderinger er at behovet for medarbeidere i stabsfunksjonene vil være stabilt eller eventuelt noe økende innen en tidsperiode på 10 år. Dette fordi det foregår mye i og rundt sykehuset som gir oppgaver ut over ordinær drift: Nye Helgelandssykehuset, omorganisering til klinisk gjennomgående organisering, kvalitetsforbedringsarbeid, rekruttering og utdanning. I tillegg settes det stadig større krav til kvalitet, dokumentasjon og gjennomføring av myndighetspålagte oppgaver og konsekvensene av å ikke ha dette i orden blir høyere.

Erfaringen de siste årene tilsier at endringshastigheten og omfanget av endringsarbeid blir større og ikke mindre. Det vil også være en diskusjon på hvilke administrative oppgaver som bør tilligge kjernetjenestene og hvilke som mest hensiktsmessig utføres av administrativt personell for å frigjøre tid til pasientbehandling.

- b. Mottaker av tjenestene: Dette punktet taler for nærhet²⁹ til kjernetjenestene.
- c. Utvikling av organisasjonen og utvikle bedre administrative tjenester: Dette punktet taler både for nærhet³ til kjernetjenestene og for nærhet³ til andre stabsområder som man samarbeider med.
- d. Faglig utvikling og trygghet i eget fag: Dette punktet taler for nærhet³ til egne kolleger i samme stab/fagområde. Rekruttering: Dette punktet taler for nærhet³ til alle arbeidsmarkedsregioner på Helgeland og mulighet for å rekruttere til hele Helgeland og fra hele Helgeland. Mulighet til å rekruttere og få ansatt den beste kandidaten. Sette kvalitet og kompetanse foran geografi, der det er mulig.
- e. Teknologiske muligheter: Teknologien og erfaringen fra pandemien gir oss økte muligheter og økt fleksibilitet.
- f. Trender: Det er en trend i arbeidslivet at det gis og ønskes større fleksibilitet vedrørende arbeidssted/kontorsted. Staten gir signaler om større fleksibilitet og mindre rigiditet mtp. plassering. Yngre generasjoner er vant til bruk av teknologi og å høre til arbeidssteder/studiesteder hvor man ikke nødvendigvis er fysisk til stede daglig. Dette gir distriktene store muligheter for å tiltrekke seg arbeidskraft fra andre steder, men også at fagfolk som vil hjem – og som har tilhørighet til mange små og store steder på Helgeland – kan komme dit de helst vil og likevel være en attraktiv ressurs for Helgelandssykehuset. Pandemien har vist oss at dette er mulig, og sentrale myndigheter gir nå tydelige signaler på å fortsette denne trenden.

Oppsummert fremmer arbeidsgruppen som et grunnlag til dimensjonering at en tilrettelegging for kontorplasser til stabsfunksjoner på alle lokasjoner i det nye Helgelandssykehuset vil bidra i helhetstenkingen ETT sykehus og støtte opp under felles organisasjonskultur, ivareta av dagens fagmiljø, gi rekrutteringsmulighet, tilrettelegge for partnerarbeidsplasser og gi tilstedeværelse nært kjerneoppgavene.

Arbeidsgruppa anbefaler derfor at stabspersonell i framtiden har mulighet for kontorplasser ved de ulike stedene Helgelandssykehuset har tilhold; i sykehuskroppene, ved poliklinikk i Vefsn, i DMS i Brønnøysund (og evt. i DPS-lokaliteter). I særskilte tilfeller kan det også tilrettelegges for utstrakt bruk av hjemmekontor. Ved turnover vil man ved en slik tenking kunne vurdere geografisk plassering, nødvendig samhandling med andre tjenester og diskutere muligheter med den beste kandidaten³⁰ hvor hele Helgeland er vårt nærrområde. Det må være tydelige krav til mobilitet og fleksibilitet hos den ansatte. Vi er ETT sykehus – både ledere og staber må påregne å ha fysisk tilstedeværelse ved flere enheter og beherske de teknologiske samhandlingsverktøyene. Arbeidsgruppen har ikke gjort vurderingene i dette kapitlet på basis av en framtidig funksjonsfordeling av tjenester til sykehusene i Sandnessjøen og omegn, Mo i Rana, DMS'et og poliklinisk tilbud som baseres på det kliniske strategiarbeidet. Arbeidsgruppa har herunder heller ikke tatt stilling eller gjort vurderinger i forhold til rangering/vekting av de ulike kliniske- og administrative lokalitetene, da dette ikke er oppfattet som å være en del av mandatet. Arbeidsgruppa har lagt til grunn at tjenestene administrasjon og lederstøtte skal leveres uavhengig av geografi, og har valgt å fokusere på fag, faglig utvikling, stabilisere og beholde, samt rekrutteringsmuligheter for et framtidig sykehus. Arbeidsgruppen ser hele Helgeland som nærrområde og foreslår en fleksibel og delvis virtuell framtidstenkning tilpasset foretakets og framtidige ansattes (nye generasjoners) behov.³¹

²⁹ Arbeidsgruppa forstår ordet «nærhet» utover den tradisjonelle fysiske nærheten. Når vi etter et års erfaring med pandemi skal se inn i framtiden, så vil ikke nærhet alltid være ensbetydende med geografisk nærhet eller faste adresser. Arbeidsgruppa ønsker større fokus på kvalitet, kunnskap og utvikling enn fysisk plassering.

³⁰ Dagens praksis er at man i så stor grad som mulig forsøker finne god balanse mellom foretakets og kandidatens behov for arbeidssted.

Arbeidsgruppa ser for seg en løsning hvor det er både faste plasser og "gjestearbeidsplasser" ved alle lokasjoner og høy grad av mobilitet og fleksibilitet for stabspersonell. Staber og ledere er utstyrt med mobilt utstyr slik at arbeidet kan gjøres fra det stedet som er mest hensiktsmessig til enhver tid. Samtidig bør også de fleste stabsansatte være knyttet til et "kontorsted" hvor man har sitt hovedvirke og finner sitt daglige arbeidsmiljø.

Arbeidsgruppen tenker at dimensjonene over bør diskuteres, utredes og spesifiseres nærmere i konseptfasens steg 1 – hvor tjenesteleveranser til myndigheter, ledelse og kjerneoppgaver, samt framtidige rekrutteringsmuligheter og "bygge på eksisterende fagmiljø" ivaretas. Denne detaljeringen er i tråd med tidligfaseveilederen hvor blant annet teknikk, utstyr, IKT, rom og areal skal diskuteres i konseptfasens steg 1. I det videre arbeidet vil det være viktig å diskutere hvordan arealer, kontorer, møterom og teknologi skal legges til rette for at stabsfunksjonene kan nå målene og fremtidsbildet som er beskrevet over. Herunder, er det arbeidsgruppas ønske å se på «beste praksis», erfaringer fra andre byggeprosjekter og virksomheter. Stikkordene er mobilitet, fleksibilitet og samhandling. Vi ønsker også å se på forskning og erfaringer med å bygge en lærende organisasjon i kontinuerlig forbedring.

Vi har forstått det slik at det også i konseptfasens steg 1 skal nedsettes arbeidsgrupper som skal jobbe videre med disse tingene og ser for oss at dimensjonering, arealer, møteromsfasiliteter og teknologi for stabsfunksjonene detaljeres da - basert på den retning og de overordnede innspill som besluttes ved denne rapporten. Dette slik at stabsfunksjonene blir den støttefunksjonen de skal være, at de utvikles for fremtiden og at stabenes kompetanse bidrar på best mulig måte til å utvikle organisasjonen til Norges beste lokalsykehus!

10 FUNKSJONSDELING VED LOKASJONENE I HELGELANDSSYKEHUSET

Utgangspunktet for innplassering av spesialiteter er strukturvedtaket i foretaksprotokollen av 27/1-2020 som beskriver ny struktur og der konsekvensen er nedleggelse av det somatiske sykehuset i Mosjøen. Beslutningen er at det skal være akuttstusykehus på to lokasjoner i HSYK, i Sandnessjøen og i Mo i Rana.

Arbeidsgruppene har gjennomgått spesialitetene i HSYK og vurdert hvor basen for fagspesialitetene skal ligge. Det gitt forutsetninger om at avvik fra *skal-fagene*, slik vedtaket er i hht foretaksprotokollen, ville kreve nytt vedtak i foretaksmøte. Det er ikke kommet fram forslag om endring av *skal-fagene* (generell kirurgi, indremedisin, ortopedi, anestesi, bildediagnostikk og lab). For disse fagene er det heller ikke konkludert med anbefalinger om forskyvning av spesielle oppgaver mellom lokasjoner. Dette henger sammen med at *skal-fagene* skal ha akuttberedskap, og det må være pasientgrunnlag for å opprettholde kompetanse for akuttberedskap, og tilstrekkelig aktivitet på dagtid. I styresak 137-2019 er det gitt i oppdrag, i løpet av konseptfasen, å vurdere annen organisering av fødetilbudet hvis fødetallene går ytterligere ned fra nivået i 2019. Det er foreløpig ikke endringer i fødetall som kan begrunne en ny gjennomgang.

Psykisk helsevern/TSB og Habilitering er *skal-fag*. Lokalisering skal ifølge foretaksprotokollen bygge videre på dagens struktur i MIR, Mosjøen og Ytre Helgeland med DPS-aktivitet i SSJ & omegn og DMS SH.

For «*foreslåttfagene*» var det gitt forutsetninger om at avvik fra foretaksprotokollen måtte ha vektige grunner. Det er gjennom arbeidet med funksjonsdeling ikke gitt anbefaling om å avvike foretaksprotokollen forslag til base for *foreslått-fagene*. Alle disse fagene er anbefalt lagt sykehuset i Sandnessjøen og fysikalsk medisin og rehabilitering er foreslått fag, og er fra før lokalisert i SSJ

Spesialitetene som skal *utredes* og de spesialitetene som ikke er omtalt i protokollen er vurdert. For øye-spesialiteten (sykehusvirksomheten), pediatri, hud og nevrologi er det anbefalt lokalisering av hovedbasen for disse fagene i SSJ & omegn. For revmatologi er foreslått lokalisert med base i MIR. Av fagene som skulle utredes må spesialitetene øye, nevrologi og hud forberede seg på flytting til SSJ & omegn, mens revmatologi forblir der de er i dag i MIR.

Det er anført i styresak 137-2019 at det på det tidspunktet ikke var grunnlag for å konkludere lokalisering av base for gastrokirurgi. Det ble gitt i oppdrag å utrede dette i løpet av konseptfasen. En vurdering av gastrokirurgien må sees i sammenheng med tarmkreftkirurgi. Vurderingen av tarmkreftkirurgi gjøres i 2021 av RHF, i samarbeid med alle helseforetakene i Helse Nord. Dette er beregnet konkludert i november 2021.

Når det i hht vedtak i foretaksmøte 27.01.20 er det stilt krav om at HSYK skal videreutvikles som ett sykehus. Ressursene er derfor en felles ressurs for befolkningen på Helgeland. Opptaksområdene er fra før hele Helgeland for de foretaksdekkende funksjonene (Fysikalsk medisin og rehabilitering, pediatri, revmatologi, hud, nevrologi, ØNH, Øye, plastikk-kirurgi, ortopedi og urologi). For de funksjonene som det er flere av er det definerte opptaksområder som er knyttet til hele kommuner, med unntak av områder i Lurøy som av kommunikasjons hensyn er delt mellom SSJ og MIR.

I ny struktur er HSYK i prinsippet ett opptaksområde, men det er beregnet pasientgrunnlag for hvert av sykehuslokasjonene som samsvarer med korteste reiseavstand til sykehuslokasjon. Dette innebærer at bostedsområde for dagens MSJ vil i området til SSJ for sykehustjenester.

En del av døgnkapasiteten som overføres fra MSJ til SSJ & omegn vil i hht vedtak i tidligere styresak (50-2018), om DMS i Brønnøysund overføres til DMS Sør-Helgeland. Fordi DMS har døgntilbud på DMS-nivå, er det ikke en en-til-en overføring av senger. Det er i vedtak om DMS i Brønnøysund bestemt at det skal være 8 intermedisærersenger eid av spesialisthelsetjenesten. Dette er beregnet å tilsvare 5 sykehussenger.

Det er ikke vurdert fordeling av spesifikke funksjoner i de ikke-kliniske gruppene.

10.1 TJENESTETILBUDET I MOSJØEN

I vedtakspunkt nr 4 i foretaksprotokollen er det vedtatt at det skal utredes poliklinikk i Mosjøen samlokalisert med kommunale tjenester. I styresak 137-2019, kapittel 7.1 defineres et tjenestetilbud som er samlokalisering av spesialisthelsetjenestetilbud og kommunale tilbud som DMS. I Kapittel 7.2 presiseres det at endringen gitt i strukturvedtaket i foretaksprotokollen ved at det er to akuttsykehus (MIR og SSJ) og utredes poliklinikk i MSJ, forutsetter at det ikke skal være spesialisthelsetjenestesenger i Mosjøen. I styresaken «.....*anbefales at en vurderer om det er hensiktsmessig å yte noen polikliniske somatikk-tilbud i Mosjøen. Dette både som et godt tilbud til flere pasientgrupper og som en mulighet for å styrke det somatiske tilbudet til de pasienter innen psykisk helsevern som får sin behandling i Mosjøen*».

10.1.1 Grunnlag for vurdering

Om poliklinisk arbeidsform

Polikliniske tjenester er en arbeidsform som i hovedsak er forskjellig fra døgnbehandling. I forståelsen av poliklinikk inkluderes også arbeidsformen dialyse, kurer, gruppebehandling ol. Bildediagnostikk og blodprøvetaking faller inn under samme arbeidsform. Poliklinikkjenester kan utføres av flere profesjonsgrupper (leger, sykepleiere, radiograf, mfl). Arbeidsformen krever mer eller mindre klinisk støtte og annen støtte (helsesekretær, sykepleier ol). Dagkirurgi vil kreve mye mer infrastruktur (romtyper, utstyr) og støttetjenester (anestesi, operasjonssykepleiere, oppvåkning/overvåkning ol) enn det som omfattes av en poliklinikk. I vurdering av hvilke poliklinikktilbud en skal planlegge form har det vært nødvendig å vurdere

- pasientens behov for nærhet til poliklinikk
- fagressursenes samlede kapasitet
- tilgang til rom (type rom)

Pasientenes behov

I vurdering av poliklinikk er ett hensyn å gjøre polikliniske tjenester lettere tilgjengelig for pasienter med hyppige behov for helsetjenester og der reisen er en særlig belastning som følge av sykdom og behandling. Videre er det vurdert hvilke tjenester som det er praktisk å gjøre geografisk tilgjengelig for psykisk helsevern og TSB. Den medisinske utviklingen vil over tid kunne gi ulike behov for hvem som trenger poliklinisk tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Den kategorien pasienter som ikke må prioriteres er pasienter med få kontakter, og spesielt yngre med få kontakter.

Samtidig er det holdepunkter for at god relasjonsbygging mellom lege og pasient tidlig i forløpet gir mindre lekkasje til andre foretak Dette undersøkes nærmere i PhD av Veronica Hovind i MIR.

Fagressurs

Fagressursene kan inndeles i tre kategorier.

Spesialiteter med flere leger gir økt fleksibilitet for ambulering. Det er særlig tjenester med akuttberedskap som har flere leger (ortopedi, generell kirurgi fl)

De spesialitetene med få behandlere, og ofte mange pasienter har mindre kapasitet til ambulering. De må prioritere mellom aktivitet i sykehusene, Mosjøen og DMS Sør-Helgeland. Ambulering er i seg selv tidskrevende og reduserer samlet tid til pasienter pga av kjøring. Ambulering forutsetter stabilitet og god forutsigbarhet for å kunne innkalle pasienter, booke rom og utsyr, medvirkende personell, både i sykehusene og poliklinikkene. Ressurssituasjonen vil variere noe varierer over tid. Det er nødvendig med fleksibel kapasitet og løpende prioritering mellom behov og ressurs.

Romtyper

De polikliniske konsultasjonene er avhengig av ulike typer rom. Den enkleste formen er universelle undersøkelse og behandlingsrom. Dette er rom som er utstyrt og innredet slik at flere tjenester kan benytte samme type rom. Noen av de polikliniske konsultasjonene krever spesialiserte rom som bare unntaksvis er egnet for annet bruk. Dette er rom med særlige, men ulike krav til belysning, fastmonterte undersøkelses-enheter, lydisolasjon, tilstøtende støtterom ol). Rom for dialyse og kurer skiller seg ut fordi de krever flere timers behandling og dialyse krever fastmontert, spesialisert utstyr.

Alle rom kan kombineres med digitale løsninger for samhandling med andre klinikere. Rom som skal brukes til digital konsultasjon med pasient vil kreve tilrettelegging for god lyd- og bildeoverføring.

10.1.2 Poliklinikk i Mosjøen

Det er i vedtaks punkt 4 i foretaksprotokollen bestemt at poliklinikktilbudet i Mosjøen skal være samlokalisert med kommunale tjenester. Videre er det i samme punkt bestemt at det skal være tilgang til somatiske tjenester for pasienter i Psykisk helsevern og TSB.

I den faglige planprosessen er det ikke gjennomgående enighet om anbefaling for omfanget av aktivitet i Mosjøen. Argumenter for mye poliklinikktilbud i Mosjøen er hensynet til pasientens reisebelastning og at det allerede er tilgjengelig rom og helsepersonell i Mosjøen.

Hovedargumentet for å bygge en nøktern løsning er hensynet til ressursdisponering, og særlig fra spesialitetene med lavt antall ansatte. Det er også en ytre økonomisk ramme for drift og investering, men diskuteres ikke her.

I den faglige planprosessen er omfanget av poliklinikk i Mosjøen relatert til tomtevalg mellom SSJ eller Tovåsen. På den ene siden argumenteres det for at tomt i SSJ vil kreve mye mer poliklinikk i Mosjøen enn tomtevalg i Tovåsen. Det er i hovedsak begrunnet med at sykehuset blir liggende for langt unna befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Det er foreslått tilbud i Mosjøen for de som har flest konsultasjoner og størst reisebelastning.

Følgende forslås som poliklinikk i Mosjøen

Spesialisthelse-tjeneste	Kapasitets-behov	Avhengigheter til andre	Kompetanse-/ Bemanningsbehov	Fast	Ambulering	Kommentar
Dialyse	3-6 dagplasser	Lab	Sykepleier m spesialkompetanse			Lege tilgjengelig ved evt komplikasjoner Antall plasser avhenger av ant dager/uke drift
Kjemoterapi, infusjonsbeh	4 dagplasser	Lab Legemiddelforsyning	Sykepleier m spesialkompetanse			Lege tilgjengelig ved evt komplikasjoner
Hørselstester	1 audiometrirom 1 samtalerom		Audiograf			
Svangerskaps-poliklinikk	1 ub rom 1 Ultralyd		Jordmor			Også følgetjeneste Før- og etterkontroller
Hud, Lysbehandling	2 beh rom		Sykepleier m spesialkompetanse			
Hud, sårbehandling	1 beh rom		Sykepleier m spesialkompetanse			
Hjertesvikt, BT, hjerte pol	1 ub rom + spesialrom	Lab	Sykepleier m spesialkompetanse			Samme personell som bemanner dialyse?
Diabetes, endokrin pol	1 ub rom + spesialrom	Lab	Sykepleier m spesialkompetanse			Samme personell som bemanner dialyse?
Poliklinikk og generell ambulering	4-6 ub rom + evt. spesialrom	Bildedagnostikk	Generell Indremedisin, Hud, Urolog, Ortopedi, Gynekologi, Nevrologi, Geriatri, Pediatri, Øye, ØNH, småkirurgi			Frekvens avh av pasientunderlag/behov Ambulering leger fra SSI eller MIR
Laboratorier	Gen klinisk kjemi, hematologic, blodtapping		Bioingeniør			Evt samarbeid med kommunale laboratorier Blodbuss for tapping?
Bildedagnostikk	1 generell rtg 1 Ultralyd 1 CT		Radiograf			Ved 24/7 øhj evt CT tatt av ambuansesarb Radiolog via nett. Mobil rtg?
Intermediær	xx		Pleiepersonell, lege			Samarbeid kommune/spesialisthelse-tjeneste NB Døgndrift – ikke iht strukturvedtak

Figur 10.1-1 denne viser et forslag til funksjonelle rom i en poliklinikk som dekker tjenestetilbudet for en andel av de prioriterte pasientene fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal

Størrelsen på poliklinikken i Mosjøen er foreslått innrettet mot en andel av pasientene i Vefsn, Grane og Hattfjelldal som har størst belastning med reise. Dette er pasienter med sammensatte og langvarige lidelser. Dialyse er i særdeleshet en slik målgruppe. Årsaken til at det beregnes andel av et behov er at mange av pasientene i løpet av sykdomsperioden vil ha behov for tjenester også i sykehusene (for eksempel pga av spesielt utstyr, flere tjenester samtidig ol) Videre er den innrettet mot de tjenestene psykisk helsevern og TSB har behov for. I disse tjenester, med elektive, og korte innleggelse, og polikliniske konsultasjoner er det løpende samarbeidet med somatiske fag vurdert til å være indremedisin, nevrologi og laboratorietjenester.

Polikliniske legetjenester i Mosjøen er basert på ambulering virksamhet fra sykehusenes faglige baser. Dette skal være forutsigbare tjenester over tid, men vil måtte variere i løpet av planperioden. Dette kan henge sammen med utvikling av metoder, nye løsninger for behandling på distanse, og også helt avhengig av tilgangen til spesialister i ambulering. De spesialitetene med få ansatte må hele tiden vurdere hensynet til samlet tjenestebehov i sykehuset, og behovene for ambulering mellom base og de fire lokasjonene. Det er beregnet rom for ambulering leger. Disse er i oversikten benevnt som universelle undersøkelses- og behandlingsrom. Det blir beregnet at det ikke er mulig å få 100% utnyttelse av rommene fordi ambuleringen må tilpasses andre oppgaver.

Videre planlegges det poliklinikker som styres av andre yrkesgrupper, for eksempel jordmor, sykepleier, fysioterapeuter mfl i tett faglig samarbeid med spesialistene. Disse kan i større utstrekning ha fast arbeidssted i Mosjøen, men samtidig være en del av den faglige basen i sykehusene. Det er beregnet rom for slike poliklinikker, men det konkrete faglige innholdet vil variere over tid. Det er for tidlig å konkludere den konkrete kliniske tilbudet i alle rom.

I tillegg er det behov for spesielle rom som er tilpasset spesiell behandling og prosedyrer. Dette er dialyseplasser, plasser for cellegift og infusjoner, blodtapping, lysbehandling, spesialrom for hørselstester og prosedyrerom som for eksempel sårbehandling. Dette vil i hovedsak være supplerende areal til tilsvarende tjenester i sykehusene, med unntak av dialyse og infusjonsplasser dimensjoneres ikke med dublering. Ytterligere planlegging av rombehov skjer i neste fase.

10.2 DIMISJONERING FORDELT PÅ LOKASJON

I dette avsnittet presenteres tall på kliniske kapasiteter samlet for PHV og TSB, samt somatisk sektor. Disse er basert på framskrevet aktivitet ved Helgelandssykehuset år 2035. Grunnlagsdata for framskrivingene er pasientdata fra NPR året 2018.

10.2.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

I tabell 10.2-1 presenteres framskrevet kapasitetsbehov for HSYK PHV og TSB, fordelt på lokasjon året 2035.

Tabell 10.2-1 Framskrevet kapasitetsbehov HSYK PHV og TSB år 2035 med grunnlag i aktivitetsår 2018, framskrevet til 2035.

Helgelandssykehuset HF – PHV og TSB – Framskrevet kapasitetsberegning - år 2035					
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Mosjøen	Lokasjon Sandnessjøen	Sum lokasjoner
Senger	-	16	17	-	33
Poliklinikkrom					
Dagens aktivitet PHV og TSB	13,4	23,4	11,4	12,2	60,4
Dagens aktivitet PHV og aktivitet som landsgj.snitt. for TSB					12,7

Merknad. Beregnet med standard forutsetninger og utnyttelsesgrader i Framskrivingsmodellen.

*Beregnet behov for poliklinikkrom for TSB i HSYK dersom forbruket per 1 000 innbyggere er det samme i HSYK, som landsgjennomsnittet i 2018. Fordeling av denne kapasiteten er usikker og fordeles derfor ikke mellom lokasjonene.

10.2.2 Somatisk sektor

I tabell 10.2-2 presenteres framskrevet kapasitetsbehov for HSYK somatisk sektor, fordelt på lokasjon året 2035. Kapasiteter for lokasjonene Sandnessjøen og Mosjøen lagt sammen i beregninger.

Tabell 10.2-2 Framskrevet kapasitetsbehov HSYK somatisk sektor år 2035 med grunnlag i aktivitetsår 2018, framskrevet til 2035.

Helgelandssykehuset HF – Somatisk sektor - Framskrevet kapasitetsberegning - år 2035				
Kapasitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund	Lokasjon Mo i Rana	Lokasjon Sandnessjøen og Mosjøen	Sum lokasjoner
Senger samlet	0,3	67,8	79,5	147,6
Normalseng (inkl intensiv)	0,2	61,1	69,5	130,8
Observasjonsseng	-	1,2	1,9	3,2
Pasienthotellseng	0,1	5,5	8,1	13,6
Operasjonsstuer				
Døgnkirurgiske stue	-	2,3	1,8	4,1
Dagkirurgiske stue	-	1,3	2,8	4,2
Dagplass/rom				
Dagkirurgisk oppvåkning	-	2,7	5,7	8,4
Dialyseplass	2,7	8,5	5,9	17,2
Kjemoterapi plass	-	5,8	5,5	11,4
Infusjonsplass	-	4,2	5,8	9,9
Endoskopier ekskl. ØNH	-	1,1	2,3	3,4
Lysbehandlingsrom	-	-	0,8	0,8
Poliklinikkrom	1,6	18,8	30,8	51,2

Merknad. Beregnet med standard forutsetninger og utnyttelsesgrader i Framskrivingsmodellen - ekskl. antall timer effektiv drift, som er beregnet med 6 timer for operasjonsstue, dagplass/rom og poliklinikkrom.

11 VEDLEGG:

11.1 ARBEIDSGRUPPER

<p>INDREMEDISINSKE FAG</p> <p>Gruppeleder: Grete Mo Christian Hansen Dorota Slowinska Elin Pettersen Dag Ole Aanderbakk Niels Hagh Møller Margrethe Ervik Margrethe Mjøen Knut Glasø Lena Nyland Runa Andreassen Anja Renate Jenssen Marit Hermstad (observatør fra samhandling)</p> <p>Tilretteleggere fra Sykehusbygg Marte Lauvsnes Lisa Brodal Reidun Skindlo</p>	<p>KIRURGI OG ORTOPEDI (+ UROLOGI, ANESTESI, ØNH OG ØYE)</p> <p>Gruppeleder: Nils-Petter Rundhaug Ramona Nofal Kristian Grane Ronja Fredriksen Espen Bergli Ola Breiland Sigurd Nikolaisen Agnete Høgås Kristin Åkerøy Mathis Ludviksen Ragnhild Andreassen Bjørn Engel</p> <p>Gruppen innhentet synspunkter fra gastrokirurgi-ressurser: Kristian Grane Petter Stausland Dahle Johanne Marie Amundsen</p> <p>Tilretteleggere fra Sykehusbygg Arild Vassenden Øyvind Hope Reidun Skindlo Vincent Maur</p>
<p>GYNEKOLOGI/FØDE</p> <p>Gruppeleder: Liv Einmo Maiken Eliassen Trine Rønnåbakk Bente Hjelseth Karen Louise Larsson Cathrine Remmen Kjersti Kismul Trine Solubu Helland Tilretteleggere fra Sykehusbygg Marte Lauvsnes Lisa Brodal Karin Steen</p>	<p>KLINISK SERVICE – LAB./BLODBANK</p> <p>Gruppeleder: Mohamed Ziedoy Andreas Forsjord Susanne Eiterjord Elisabeth Sandhei Hege Kristoffersen Sund Mette Knutsen Hege Paulsen Tilretteleggere fra Sykehusbygg Karin Steen Lisa Brodal</p>

<p>KLINISK SERVICE - RØNTGEN</p> <p>Gruppeleder: Bengt Inge Henriksen Susanne Thorvaldsen Klaus Walter Becker Ingrid Bjørkmo Caroline Nordbakken Magne Thomassen Anna Elisabeth Øyen Pawel Rajszys Tilretteleggere fra Sykehusbygg Karin Steen Lisa Brodal</p>	<p>SAMHANDLING</p> <p>Gruppeleder: Knut Roar Johnsen Brita Røli Erik Fagerli Anders Jerven Monica Kaspersen Ørjan Svenøy Marit Hermstad,(observatør Einar Moen, brukerrepresentant</p> <p>Kommunale representanter: Rolv-Jørgen Bredesen, kommuneoverlege, Sømna Ingerlise Egelund Edvardsen, helserådgiver/SLT- koordinator, Alstahaug Julia Gruben, leder tildelingskontoret, Rana kommune Jon-Arvid Heggen, omsorgsleder/kommunalsjef, Vefsn Audun Dyrhaug Hov, kommuneoverlege Herøy Tilretteleggere fra Sykehusbygg Unni Dahl Arild Vassenden Karin Steen</p>
<p>UTDANNING/FORSKN./OPPLÆRING</p> <p>Gruppeleder: Anne Ingeborg Pedersen Hanne Hoff Hansen Eva Bjørhusdal Veronica Hovind Anette Nyjordet Silje Paulsen Ann Karin Kjeldsand Steffen Franco Hollup, erstattet av Herald Reiersen Malin Johansen Adam Awanzo erstattet Hollup etter 2 møter Tilretteleggere fra Sykehusbygg Arild Vassenden Vincent Maur</p>	<p>PSYKISK HELSE OG RUS/TSB</p> <p>Gruppeleder: Rune Holm Camilla Jørgensen Håvard Nilsen Ragnhild Walla Per Pedersen Grete Andreassen Heidi Slåttøy Mette Sevaldsen Janne Lynghaug Hanne Skjefstad Andreas Lund, brukerrepresentant</p> <p>Tilretteleggere fra Sykehusbygg Arild Vassenden Øyvind Hope</p>

IKKE-MEDISINSKE STØTTEFUNKSJONER,
ADMINISTRASJON OG LEDELSESSTØTTE

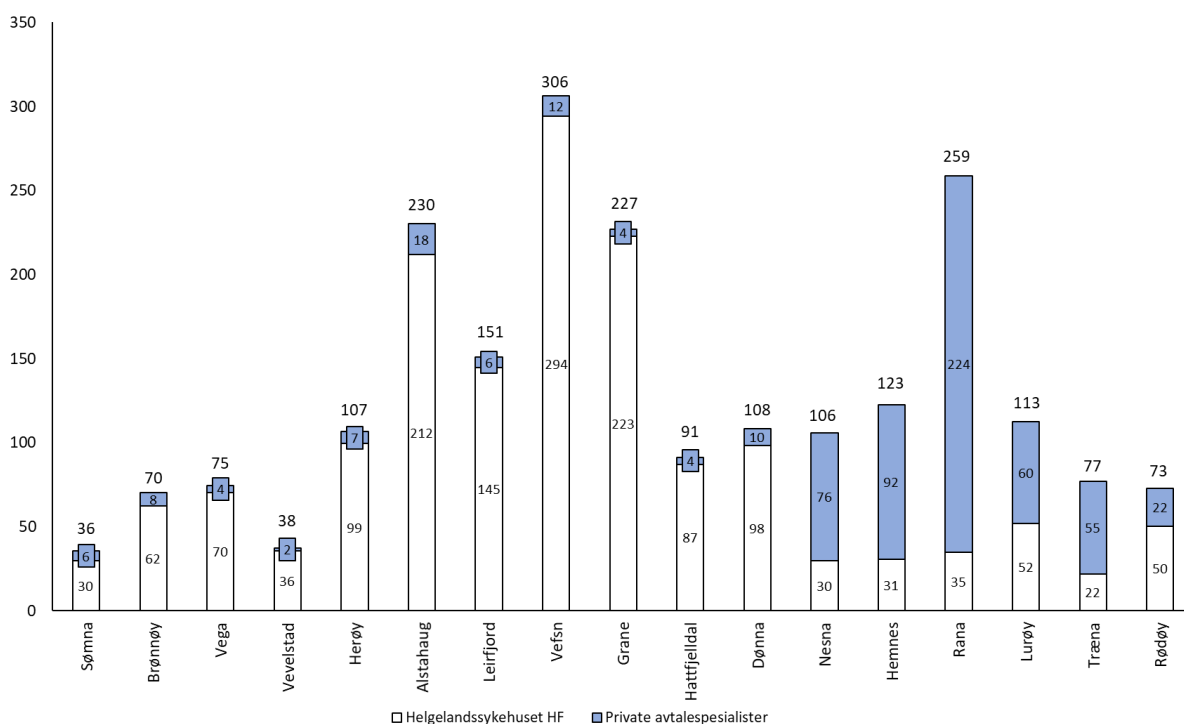
Gruppeleder: Sissel Karin Andersen
Mette Horsberg
Jenny Nyberg
Kathrine Svendsen Fournaros
Fredrik Reinfjell Grønning
Silje Paulsen
Remi Nilsskog
Petter Bakke Hågensen
Malin Lynghaug Johansen
Tilretteleggere fra Sykehusbygg
Arild Vassenden

IKKE-MEDISINSKE STØTTEFUNKSJONER –
LOGISTIKK

Gruppeleder: Bjørn Bech-Hanssen
Odd-Arve Horsdal
Maria Saltirova Rausandaksel
Trond Nilsen
Tilretteleggere fra Sykehusbygg
Dag Roar Karlsen
Bjørn Ragnar Albrigtsen

11.2 VEDLEGG TIL KAPITTEL 9.3 INDREMEDISIN

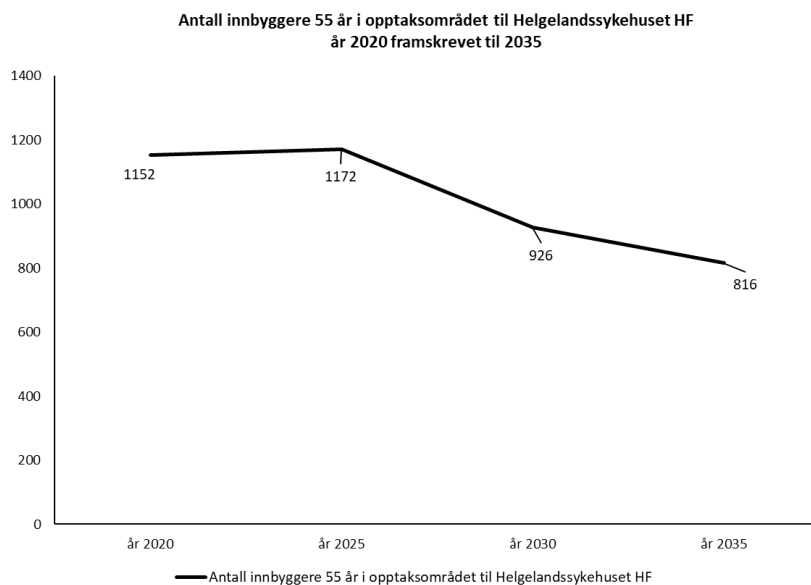
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere etter ICD-10 kode L00-L99 Sykdommer i hud og underhud for pasienter bosatt i opptaksområdet til Helgelandssykehuset HF, ved HF-et og hos private avtalespesialister - år 2018



Figur 11.2-1 Forbruket av spesialisthelsetjenester (inkl. private avtalespesialister) innenfor ICD-10 kode L00-L99 Sykdommer i hud og underhud, for pasienter bosatt i opptaksområdet til HSYK, år 2018. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR; og SSB.

Tabell 11.2-1 Aktivitet barn ved Medisinsk avdeling, Hudavdeling og Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering, HSYK, 0-17 år, fordelt på lokasjon i 2018. Datakilde: Helsedirektoratet, NPR.

Helgelandssykehuset HF – Medisinsk avdeling, Hudavdeling og Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering – Barn og unge (0 til 17 år) - år 2018										
Aktivitetstype (antall)	Lokasjon Brønnøysund		Lokasjon Mo i Rana		Lokasjon Mosjøen		Lokasjon Sandnessjøen		Sum lokasjoner	
	<15 år	15-17 år	<15 år	15-17 år	<15 år	15-17 år	<15 år	15-17 år	<15 år	15-17 år
Liggedøgn	-	-	88	19	66	37	159	26	313	82
Døgnopphold	-	-	61	13	42	14	88	15	191	42
Poliklinikk og dagbehandling	92	9	223	99	477	289	2 068	283	2 860	680



Figur 11.2-2 Antall innbyggere 55 år i opptaksområdet til HSYK, år 2020 framskrevet til 2035. Datakilde: SSB.

11.3 VEDLEGG TIL KAPITTEL 9.5 GYNEKOLOGI OG FØDSELSOMSORG

Kriterier for tilstedeværelse av gynekolog i vakt HSYK

Ved innkost

- Ved behov for umiddelbar undersøkelse

Under fødsel

- Veksthemming, < 2,5 percentil nivå eller > 22 % avvik
- Preeklampsi med klinisk forverring
- Vannavgang > 24 timer med infeksjonstegn som økt temperatur, stigende CRP eller rask fosterlyd.
- Oligohydramnion, AFI ≤ 5 eller dypeste lomme ≤ 2 cm
- Oxytocindrypp ved induksjon.
- Tidligere keisersnitt
- Tidligere skulderdystoci
- Omskårede kvinner som ikke er åpnet med antatt behov for legekompentanse. Tilstedeværelse av gynekologspesialist i utdrivningsfasen.
- Vaginalblødning utover vanlig tegningsblødning
- Overtidig svangerskap fra uke 42+0 med avvikende CTG eller andre risikofaktorer
- Overvekt BMI >35. Gynekolog skal være tilstede i utdrivningsfasen.
- Mistanke om stort barn > 4,5 kg. Gynekolog skal være til stede i utdrivningsfasen.
- Ved tvil om tolkning av CTG og/eller ved vedvarende avvikende CTG (> 3 timer)
- Ved langsom fremgang i fødsel. I aktiv åpningsfase < 1 cm/time i mer enn tre timer. I aktiv utdrivningsfase > 1 time (> 30 min uten fremgang)
- Sterkt misfarget tykt fostervann

Etter fødsel

- Unormal blødning
- Fastsittende placenta med blødning eller senest etter 45 minutter uten blødning
- Alvorlig preeklampsi
- Perinaealruptur grad 3 eller mer

11.4 VEDLEGG TIL KAPITTEL 9.37 BILDEDIAGNOSTIKK

CT	Computertomografi. En radiologisk undersøkelse for snittfotografering av hele kroppen
Generell røntgen	Flatrøntgen av for eks. lunger, skjelett.
Gjennomlysning	Røntgengjennomlysning i sanntid, for å studere anatomi og dynamiske prosesser.
Hybrid modalitet	Teknologi som kombinerer to eller flere teknikker for bildedannelse.
Intervensjon	Røntgenundersøkelse av kroppens blodårer er angiografi. Intervensjon er prosedyren for behandling via blodåre.
Mammografi	Røntgenundersøkelse for framstilling av brystvev
Radiologi	En spesialitet som benytter ulike typer modaliteter for diagnostikk og behandling.
PACS	Picture Archive Communication System for lagring, visning og overføring av bilder.
RIS	Radiology Information System. Håndterer informasjon og arbeidsflyt.
Modalitet.	Bilmediagnostisk utstyr for diagnostikk og behandling.
Ultralyd	Undersøkelse av kroppsorganer med ultralydapparat.