

Fra: Svein Eirik Forsmo (sveineirik68@gmail.com)

Sendt: 08.10.2021 10:37:59

Til: Gunnlaugsdottir Hulda; Daae Cecilie; Postmottak-RHF (postmottak@helse-nord.no);
Postmottak Helgelandssykehuset (postmottak@helgelandssykehuset.no)

Kopi: Jan-K-G

Emne: Fwd: Fremtidig valg av helseregion for Vefsn regionen

Vedlegg: 2021.10.05.-HSYK-HELSE-NORD-MIDTRE-HELGELAND-FREMTIDIG-PASIENT-LEKASJE.docx;2021.10.05.-HSYK-HELSE-NORD-MIDTRE-HELGELAND-FREMTIDIG-PASIENT-LEKASJE.pdf

ADVARSEL: Denne eposten kommer fra utsiden av din organisasjon. Ikke klikk på lenker eller åpne vedlegg med mindre du kjenner igjen avsenderen og vet at innholdet er trygt.

God formiddag.

Vår Facebook gruppe har kommet med mange grundige innspill i prosessen. Vi er tatt på alvor og har vært henvist til i styresaker fra Helse Nord på lik linje som legeförening og andre faginstanser.

Vi har vært saklige grundig og rasjonelle og fått anerkjennelse for dette i mange sammenhenger, dessverre har ikke dette engasjementet med gode innspill fra oss skapt endringer i Helgelandssykehuset (HSYK) sin måte å drive prosessen, vi ønsker en god prosess som kommer alle til gode på Helgeland.

I dette 11 siders skriv stilet til Helse Nord, Helgelandssykehuset, Kommunene og Media, vil vi fokuserer på å utrede tilknytning til annet helseforetak, dette gjelder nedslagsfeltet for mer enn 18000 pasienter på Midtre Helgeland og deler av Søndre Helgeland.

Vi håper dette skriv skaper debatt og diskusjon, vi kan forsikre at vi som tidligere mener alvor med våre grundige skriv, vi mener også alvor med de handlinger vi nå iverksetter, målet er det samme i dag som i 2013, en bedre Helsetjeneste for alle innbyggere på Helgeland, for pasient, pårørende og for en faglig god stab av ansatte, som kan virke på sin jobb fra bosted hvor som helst på Helgeland.

Vi ønsker deg en god gjennomlesning av dokumentet, ved eventuelle uklarheter eller ønske om utdypning kan vi stille opp for videre samtale.

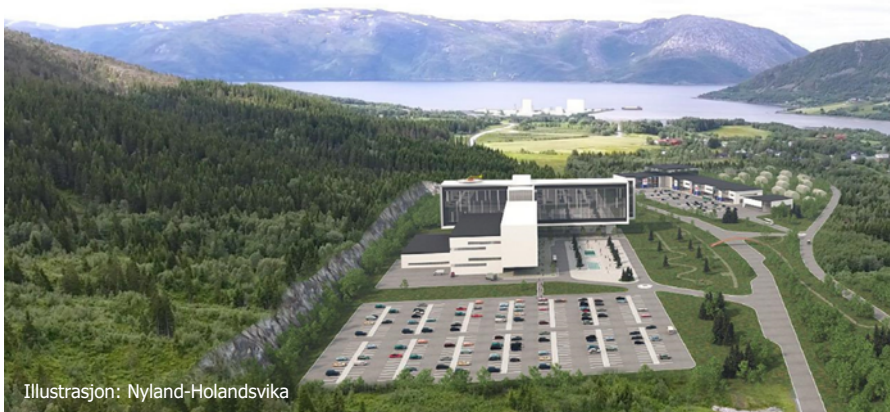
Jeg ber om tilbakemelding om mottat epost.

Ha en god dag videre.

Vedlegg 2

Vennlig Hilsen

Svein Eirik Forsmo



For Facebook Gruppen «Hovedsykehus ETT Helgeland»

Brev til:

Adm.dir. Cecilie Daae Helse Nord

Styre/Styreleder V/ Renate Larsen Helse Nord

Adm.dir. Hulda Gunnlaugsdóttir HSYK

Styre/Styreleder V/ Arne Benjaminsen HSYK

Ordførere Midtre og Søndre Helgeland

Media

Forsmo 05.10.2021

Fremtidig valg av helseregion for Vefsn regionen

I 2013 tok kommunene i Alstahaug, Rana og Vefsn ved ordførerne Bård Anders Langø, Kai Henning Henriksen og Jan-Arne Løvdal et initiativ til å endre sykehusstrukturen på Helgeland. Man hadde en visjon om at en samling av ressursene ved én lokasjon, ville gi Helgeland samlet sett et best mulig tilbud. Dette ble startskuddet for det som senere ble HSYK utviklingsplan 2014.

Resultatet av utviklingsplanen bekreftet visjonen, og ga blant annet en anbefaling om at det ble jobbet videre med å samle alle tre sykehus enhetene inn i ETT sykehus som skulle betjene hele Helgeland. Dette ble begrunnet i bl.a. Økonomi, tjenestetilbud og rekruttering. Det ble videre anbefalt å skrote 2-modellen, siden denne ikke ble ansett som egnet til å nå målene. En skroting ble også senest forslått av Lars Vorland i styremøte, desember 2018, ett år før vedtaket om 2-modellen i Helse Nord (HN).

På Norsk helse- og sykehuskonferanse i 2015 trakk daværende adm.dir. i Helse Nord, Lars Vorland frem et bilde av daværende ordførere i Alstahaug, Vefsn og Rana og skrøt uhemmet av prosessen på Helgeland fordi alle var enig i at enhetene måtte samles i ETT sykehus!



Resultatet syns ikke å bli i nærheten av mandatet, gitt av de tre kommunene som hadde sykehus i egne kommuner i år 2013. Det kan nå synes som om vi får en dårligere tjeneste for hver meter et hovedsykehus plasseres utenfor geografisk midtpunkt. Og sykehusene vi har i dag, med tre sykehus ivaretar behovene på en mye bedre måte enn hva en to modell gjør. Løsningen blir ikke tjenlig for pasient, pårørende eller ansatte, og fagmiljøet forvitrer.

Dette burde allerede nå ha resultert i at HSYK – 2025 ble stoppet. Rundskriv R-109 om samfunnsøkonomiske analyser, sier noe om hvordan man gjøre kost/nytte vurderinger ifm. store reformer eller tiltak. Dette krever bl.a. at man skal utrede et null alternativ, for å sikre at man oppfyller de kravene eller målene man satte seg da man startet analysene. Formålet med hele rundskrivet er å sikre at man ikke blir satt i en situasjon som medfører at man kommer i en dårligere situasjon etter ett tiltak eller reform, enn man var i før dette ble foretatt.

«Nullalternativet er referansen som de øvrige tiltakene skal sammenlignes med. Nullalternativet representerer en forsvarlig videreføring av dagens situasjon. Det er vedtatt politikk (regelverk, lover, grenseverdier m.v.) som skal ligge til grunn for utformingen av nullalternativet.»

Vi forlanger at man nå går tilbake til null alternativet, siden det er åpenbart at de målsetningene man satte seg i 2013 ikke blir oppfylt. Man fjerner tilbudet for nær ¼ av befolkningen uten at det totale tilbudet i HSYK bedres. Vi godtar ikke en dårligere helsetjeneste for Midtre Helgeland, enn hva vi hadde i 2013.

Bli Helgelandssykehusets (HSYK) vedtak stående slik det nå fremstår, blir ETT gruppen i samarbeid med kommunene på Midtre Helgeland også å se på løsninger opp mot Helse Midt. Tilbudet på Helgeland blir så svakt, at man i realiteten er uten fullverdige sykehus i regionen. Man må slå sammen tilbudet i Mo i Rana (MR) og Sandnessjøen (SSJ) for å kunne kalle dette for et lite akutt sykehus, med ett tilbud som tilsvarer det man har på nærmeste lokalsykehus i Namsos. Dette vil si at selv om reiseveien til Namsos er noe lengre for deler av Vefsnregionen (ikke hele), så er dette et fullverdig sykehus som møter oss.



Vi har rett og slett ikke tillit til resultatet av Hsyk-2025, verken med tanke på kvalitet eller økonomi, noe som også kommunelegen i Alstahaug mente da hun kalte modellen en pasientfelle. Man kommer til å oppleve tilfeller med pasienter som må sendes 110 km videre, etter omsider å ha kommet frem til SSJ eller MR, siden man ikke tilbyr den rette kompetansen på denne lokasjonen.

Miljøvennlig, kostnads og tidseffektiv transport er heller ikke vektlagt i vedtaket fra HSYK, noe som direkte har innvirkning på det å kunne bruke mer penger på pasientbehandling. Selv Nordland Fylke ser bort fra dette i sin uttalelse, derimot er «byutvikling» vektlagt, stikk i strid med hva som legges vekt på ved andre sykehus nybygg og utredninger i Norge.

Det foreligger kommunestyrevedtak i Vefsn kommune av 17.06.2021 sak: 1/2660: «Vefsn kommune setter i gang en utredning om bytte av helseforetak, mot Helse Midt.». Denne utredningen hilser vi velkommen, siden vi ser åpenbare fordeler med å benytte tilbudet i Helse midt, spesielt på regionsykehusnivå, hvor dagens løsning påfører både bedrifter og privatpersoner store økonomiske og menneskelige merkostnader med reiser til Tromsø (UNN).

Denne uken hadde vi et møte med ordfører i Vefsn Kommune, vi ble forsikret om at dette arbeidet skal ha topp prioritet fra administrasjonen fremover, og det vurderes også å sette ned en bred arbeidsgruppe.

Vi håper Helse Nord ikke vil stille seg i veien for en flytting av vår region til Helse Midt, om utredningene skulle gi dette resultatet. Vi kjenner til at det er foretatt flere flyttinger av kommuner mellom helseforetak og kjenner til minst ett tilfelle hvor områder har endret regionalt helseforetak. Likedan har Bindal en avtale som medfører at de får sine tjenester levert i helse Midt. Med den ressursbruken Helse Nord planlegger å bruke på Vefsn-Regionen i HSYK - 2025, så forstår vi at dette ikke er et satsningsområde for Helseforetaket og en motvilje til flytting vil derfor være overraskende.



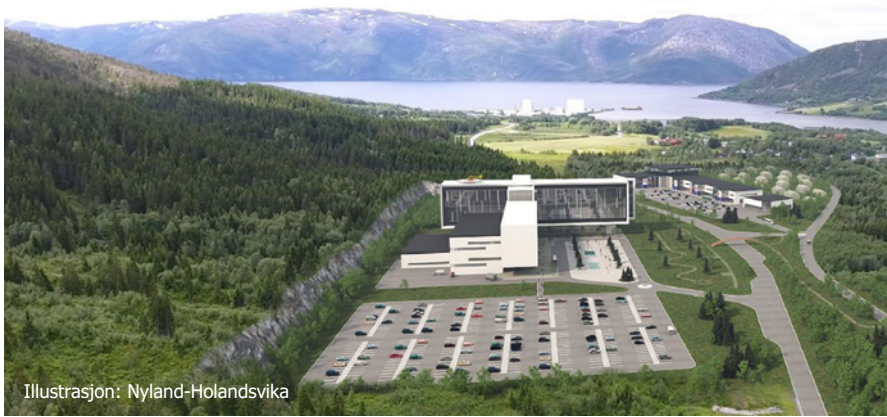
Illustrasjon: Nyland-Holandsvika



Ved overgang av pasienter fra Helse Nord til Helse Midt, fra Midt Helgeland, vil dette forsiktig anslått utgjøre ca. 6000 DRG poeng. Selv om vi skal være forsiktig med å omgjøre DRG til kroner, vil dette anslagsvis utgjøre 280 MKR. En stor pasientlekkasje sier noe om et helseforetaks evne til å oppfylle befolkningens behov for somatiske tjenester.

Samla DRG-poeng i spesialisthelsetenesta fordelt på bustadkommune.

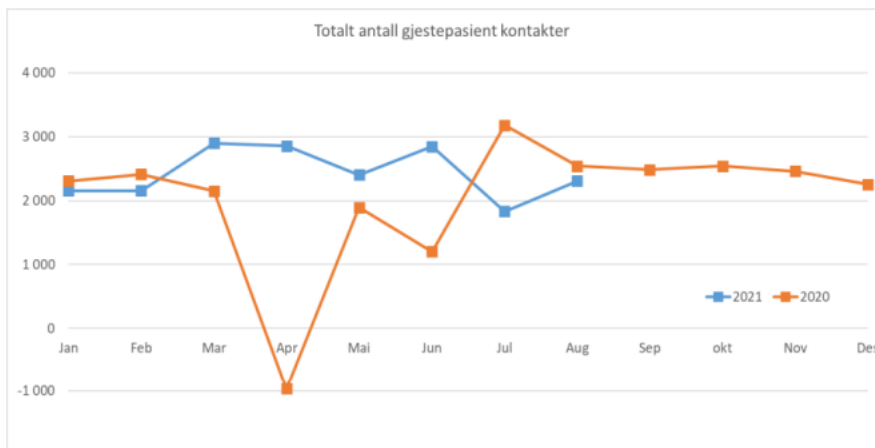
Geografi: Blandet		Periode: 3år	HF: Alle	Alder: Alle	Måltall			
Periode		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Geografi	Måltall							
Norge	DRG	1 334 185	1 364 809	1 405 837	1 432 591	1 466 006	1 469 416	1 490 802
Omr: Helgelandsykehuset HF	DRG	24 017	24 876	25 612	25 210	25 356	26 077	27 049
Bindal	DRG	591	555	563	594	620	585	598
Sømna	DRG	629	571	594	705	769	684	612
Brønnøy	DRG	2 296	2 330	2 301	2 495	2 285	2 471	2 473
Vega	DRG	434	431	471	369	556	524	622
Vevelstad	DRG	222	203	184	132	190	157	174
Herøy (Nordl.)	DRG	481	537	531	543	636	566	761
Alstahaug	DRG	2 326	2 402	2 634	2 543	2 290	2 407	2 674
Leirfjord	DRG	717	734	775	682	696	791	1 004
Vefsn	DRG	4 610	4 528	4 457	4 467	4 526	4 542	4 912
Grane	DRG	409	534	607	435	482	570	597
Hattfjellidal	DRG	475	580	549	472	525	573	502
Donna	DRG	447	467	430	565	481	475	536
Nesna	DRG	452	570	600	556	525	442	517
Hemnes	DRG	1 386	1 354	1 414	1 593	1 594	1 674	1 558
Rana	DRG	7 311	7 691	8 207	7 847	7 949	8 385	8 178
Lurøy	DRG	676	691	705	662	780	745	740
Træna	DRG	197	245	180	189	158	154	209



Med forbehold om at vi ikke har tilgang til nøyaktige grunnlagsdata, ser man av å lese HSYK's virksomhetsrapport, at lekkasjen av pasienter er stor allerede i dag. Ett somatisk poeng gir 46719 kr (kilde Helsedirektoratet.no ISF 2021 «grunnlagsdokumentet»).

HSYK har en forutsetningene over ca. 269 millioner i gjestepasientkostnader, herav ca.85 millioner kroner allerede utenfor Helse Nord i dag. Dette er situasjonen uten noen slags form for «aksjoner» fra Ett-gruppen eller andre organisasjoner. Vi er derfor sikre på at det kan bli vanskelig å møte egenkapitalkravet som stilles i HSYK-2025, om slike tiltak skulle bli gjennomført.

5.2 Gjestepasienter



Gjestepasienter somatikk har et overforbruk mot budsjett på 3,3 mill. Det er økning på gjestepasient kjøp uten for Helse nord. Likevel er økning i gjestepasientforbruk økt mest mot andre foretak i Helse Nord.

Gjestepasienter somatikk pr. august 2021								
	2021		2020		2021 vs 2020			
	DRG	Kontakt	DRG	Kontakt	DRG	DRG %	Kontakt	Kontakt %
I Helse Nord poliklinikk	608	10 005	362	6 527	246	67,8 %	3 478	53,3 %
I Helse Nord døgndag	3 963	2 072	2 855	1 480	1 108	38,8 %	592	40,0 %
Utenfor Helse Nord poliklinikk	482	6 313	348	5 700	135	38,7 %	613	10,8 %
Utenfor Helse Nord døgndag	1 787	1 079	1 816	1 029	-29	-1,6 %	50	4,9 %
Sum	6 841	19 469	5 381	14 736	1 459	27,1 %	4 733	32,1 %

Gjestepasienter psykisk helse har en redusert kostnad sammenlignet med 2020 og en kostnad lavere enn budsjett på 1,6 mill. Gjestepasienter rus har et budsjettavvik på 2,1 mill. i mindre forbruk.



HSYK har i sitt vedtak om å plassere Hovedsykehuset i Sandnessjøen skisserer et nedtrekk av 150 ansatte i Mosjøen. Dette er dramatisk for Vefsn som samfunn, og vil kunne medføre at vi får status som omstillingskommune. Dette skjer i en kommune som kun har 9% statlige arbeidsplasser, mot 21 % i Alstahaug før effektene i vedtaket.

I den grad dette vedtaket blir stående, med Vefsn regionen fortsatt i Helse Nord ønsker vi dette kompensert med at annen aktivitet tilføres sykehuset, slik at nedtrekk av 150 personer i Mosjøen unngås.

En fremtidig null versjon eller DMS bør ha DMS i Kristiansund som modell.

Aktiviteter tilført Mosjøen Sykehus kan f.eks. være:

- Planlagt elektive kirurgi.
- Øre Nese Hals.
- Reumatologi.
- Rehabilitering
- Administrative arbeidsplasser knyttet til HR, Økonomi og Logistikk/Lager.
- AMK sentral, f.eks samlokalisert med Veimeldingssentralen til Statens Vegvesen i Mosjøen.

Vi krever videre Ambulansehelikopter i Vefsn, for å bøte på den skisserte helseløsningen for Midtre Helgeland. Regulariteten mellom kyst og innland for luftambulansetjenester er ifølge prehospitale tjenester i HSYK nede i 20% i vintermånedene, blant annet på grunn av ising. Dette oppstår når et helikopter kommer fra fuktig klima ved kysten og inn til innlandet.

Dette skjer i det området som får svakest somatisk tjenestetilbud i landet. Regulariteten på kysten er opp mot 100 %, hvor man faktisk får tilgang på akutte tjenester i Tovåsen/Alstenøya. Minner her på på at helseforetaket skal sørge for mest mulig lik tilgang på somatiske tjenester, noe som den skisserte modellen ikke kan si å oppfylle.



Følgende to tabell/figurer forklarer dette:

helgelandssykehuset.no

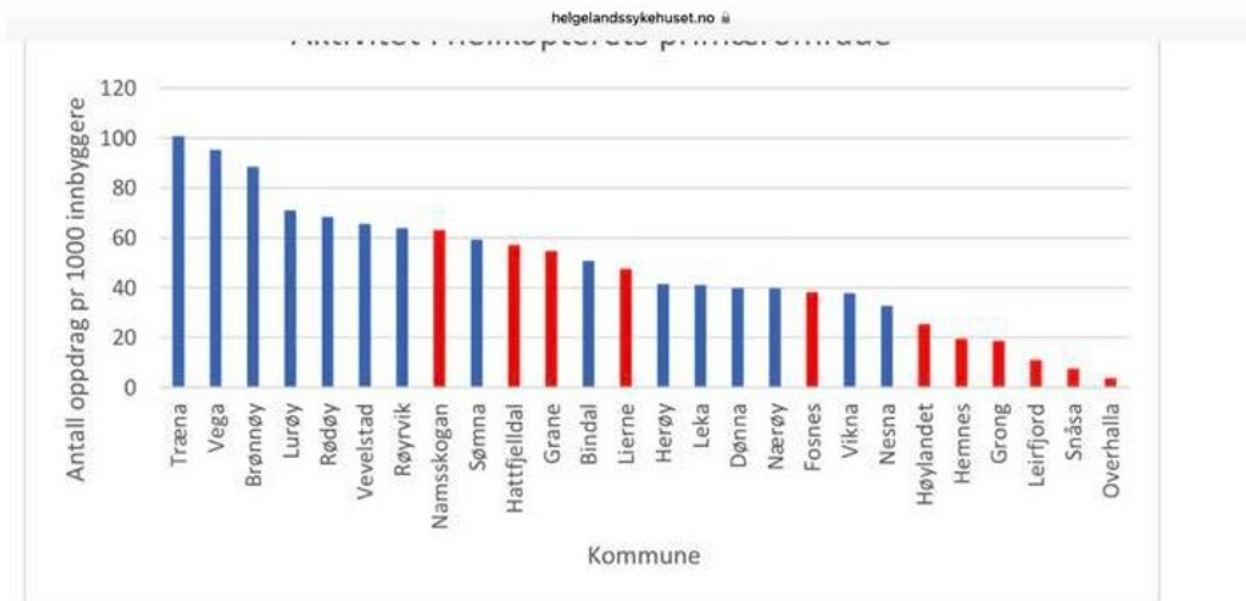
Det er vanskelig å finne objektive mål for regularitet knyttet til å operere et ambulanshelikopter i vår region. Vi gjennomgikk virksomheten i et arbeid publisert i Tidsskriftet for den norske legeforening for ca. 10 år siden [1]. Studien viste vesentlig lavere regularitet for destinasjoner i innlandet og andel gjennomførte oppdrag i forhold til behovet på under 30 % vinterstid.

Da studien ble gjennomført hadde helseforetaket et relativt lite helikopter (Airbus Eurocopter EC155 B1 Dauphin). Da det ble erstattet med et større og mer avansert helikopter (AgustaWestland 139) høsten 2008 så vi en viss bedring i regulariteten, men den forble omkring 70 % totalt og under 50 % på innlandet vinterstid. Fra juni 2018 endres helikoptertypen igjen til en mindre maskin (Airbus 145-T2) og det flyoperative miljøet forventer igjen en nedgang i regulariteten.

Lokalsykehus	Hentekommune	Alstahaug	Bodø	Namsos	Rana	% eget LS
Rana	Nesna	12			7	37 %
	Rødøy	11	3		7	33 %
Alstahaug	Lurøy	40	1		8	82 %
	Træna	15	2		2	79 %
	Vega	24				100 %
	Brønnøy	199	2	2	9	94 %
	Herøy	24			1	96 %
	Dønna	13				100 %

Tabell 20 Luftambulansetransporter fra kystkommuner på Helgeland til sykehus i årene 2014 – 2017 (4 år).

Lokalsykehus tilhørighet og andel pasienter som går til eget sykehus. Forskjell i prosentvis levering mellom Sandnessjøen og Mo i Rana er statistisk signifikant med $p < 0,001$ (t-test, uavhengige utvalg) Kilde: LABAS.



Figur 14 Aktivitet pr. kommune i Brønnøyhelikopterets primærrområde. Aktivitet er oppgitt i antall oppdrag pr. 1000 innbyggere, summert for årene 2014-2017 (4 år). Kommuner merket rødt er innlandskommuner (ingen eller ubetydelig kystareal), de blå er typiske kystkommuner. Kystkommunene har 59,8 hendelser i gjennomsnitt, innlandskommunene har 31,5. Forskjellen er statistisk signifikant med $p=0,003$ (t-test, uavhengige utvalg). Kilde: LABAS

Tilsvarende viser figur 14 antall oppdrag i kommuner i Brønnøyhelikopterets primærrområde, der kystkommunene har flere hendelser enn innlandskommunene.

Årsaken til disse forskjellene er kompleks, men en vesentlig faktor er vanskeligere flyoperative forhold på innlandet, sammenliknet med kyst. Spesielt er det vanskelig å krysse fra kyst mot innland på grunn av tendens til isdannelse på helikopterets rotor.

Vi ønsker derfor en egen ambulanshelikopterbase for innlandet på Helgeland. Det finnes flere helikopterbaser i innlandet av Norge, blant annet: Dombås, Alta mv, som har god regularitet, og med inntil 3 timers akuttvei fra f.eks. Susendal til SSJ, blir dette kritisk. Dette bør skje uten at det går på bekostning av basen i Brønnøysund som er ment for kystnære områder på Helgeland og Nord Trøndelag. Minner her på Høie's vedtak i innlandet hvor Elverums tilføres en ny luftambulansbase.



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika



En helikopterbase koster ifølge styresak i Helse Nord i 2019 ca. 47 millioner å drifte, i samfunns økonomiske analyser er ett «statistisk menneskeliv» satt til 34 millioner. Med å redde to liv hvert år er det stor samfunnsøkonomisk lønnsomhet med en helikopterbase for Midt Helgeland.

Blir HSYK styret sitt vedtaket stående for Søndre og Midtre Helgeland får vi et av landets dårligste sykehus tilbud, stikk i strid med intensjonen da kommunene startet prosessen!

Vi presiserer at årsaken til at vi ser mot Helse Midt er at vi sparer Midt Helgeland og Vefsn Regionen for store kostnader ved at vi kan få region helsetjenester ved St. Olav, Sentralsykehustjenester i Levanger, og enkle lokalsykehustjenester på Namsos.

Sammen med et godt lokalt DMS vil Namsos sykehus alene ha det samme tjenestetilbudet som SSJ og MR blir å kunne få til sammen. Vi får tjenestene ved «én» fysisk lokasjon, det skaper visheten om at vi ikke må sendes 11 mil til neste «halvdel» av sykehuset fordi prehospitale tjenester stilte feil diagnose. Det er derfor både rasjonelle og økonomiske grunner til vår tilnærming.



Vi oppfordrer allerede fra i dag fastleger og innbyggere på Midtre og Søndre Helgeland å orientere seg mot Helse Midt.

Namsos, Levanger, og St. Olav for planlagte inngrep i stedet for Sandnessjøen (SSJ), Mo I Rana (MR), Bodø (NLSH) og Tromsø (UNN).

Kan dette være en løsning Helse Nord er tjent med? Spesielt når det koster lite å utrede bedre løsninger på aksene? Alternativer som Nyland blir en bedre løsning for alle 4 regioner nå og i fremtiden for hele Helgeland

For Facebook gruppa

Svein Eirik Forsmo
Svein Eirik Forsmo

For Facebook gruppa

Jan-Kjetil Grøftrem
Jan-Kjetil Grøftrem

«Hovedsykehus ETT Helgeland»



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika



Ambulanse/Redning Helikopter

Ambulansebåt Havn

ETT Sykehuset midt på akse!

Plass til pasienthotell/Butikk/Apotek i umiddelbar nærhet til Sykehuset, rikelig muligheter for oppstilling av busser, gode parkeringsarealer alle plasser og steder.

Jernbane i umiddelbar nærhet. Gode muligheter til å bygge Jernbanestasjon og parkering

Illustrert: Nyland ved Holandsvika



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika

For Facebook Gruppen «Hovedsykehus ETT Helgeland»

Brev til:

Adm.dir. Cecilie Daae Helse Nord

Styre/Styreleder V/ Renate Larsen Helse Nord

Adm.dir. Hulda Gunnlaugsdóttir HSYK

Styre/Styreleder V/ Arne Benjaminsen HSYK

Ordførere Midtre og Søndre Helgeland

Media

Forsmo 05.10.2021

Fremtidig valg av helseregion for Vefsn regionen

I 2013 tok kommunene i Alstahaug, Rana og Vefsn ved ordførerne Bård Anders Langø, Kai Henning Henriksen og Jan-Arne Løvdal et initiativ til å endre sykehusstrukturen på Helgeland. Man hadde en visjon om at en samling av ressursene ved én lokasjon, ville gi Helgeland samlet sett et best mulig tilbud. Dette ble startskuddet for det som senere ble HSYK utviklingsplan 2014.

Resultatet av utviklingsplanen bekreftet visjonen, og ga blant annet en anbefaling om at det ble jobbet videre med å samle alle tre sykehus enhetene inn i ETT sykehus som skulle betjene hele Helgeland. Dette ble begrunnet i bl.a. Økonomi, tjenestetilbud og rekruttering. Det ble videre anbefalt å skrote 2-modellen, siden denne ikke ble ansett som egnet til å nå målene. En skroting ble også senest forslått av Lars Vorland i styremøte, desember 2018, ett år før vedtaket om 2-modellen i Helse Nord (HN).

På Norsk helse- og sykehuskonferanse i 2015 trakk daværende adm.dir. i Helse Nord, Lars Vorland frem et bilde av daværende ordførere i Alstahaug, Vefsn og Rana og skrøt uhemmet av prosessen på Helgeland fordi alle var enig i at enhetene måtte samles i ETT sykehus!



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika

Resultatet syns ikke å bli i nærheten av mandatet, gitt av de tre kommunene som hadde sykehus i egne kommuner i år 2013. Det kan nå synes som om vi får en dårligere tjeneste for hver meter et hovedsykehus plasseres utenfor geografisk midtpunkt. Og sykehusene vi har i dag, med tre sykehus ivaretar behovene på en mye bedre måte enn hva en to modell gjør. Løsningen blir ikke tjenlig for pasient, pårørende eller ansatte, og fagmiljøet forvitrer.

Dette burde allerede nå ha resultert i at HSYK – 2025 ble stoppet. Rundskriv R-109 om samfunnsøkonomiske analyser, sier noe om hvordan man gjøre kost/nytte vurderinger ifm. store reformer eller tiltak. Dette krever bl.a. at man skal utrede et null alternativ, for å sikre at man oppfyller de kravene eller målene man satte seg da man startet analysene. Formålet med hele rundskrivet er å sikre at man ikke blir satt i en situasjon som medfører at man kommer i en dårligere situasjon etter ett tiltak eller reform, enn man var i før dette ble foretatt.

«Nullalternativet er referansen som de øvrige tiltakene skal sammenlignes med. Nullalternativet representerer en forsvarlig videreføring av dagens situasjon. Det er vedtatt politikk (regelverk, lover, grenseverdier m.v.) som skal ligge til grunn for utformingen av nullalternativet.»

Vi forlanger at man nå går tilbake til null alternativet, siden det er åpenbart at de målsetningene man satte seg i 2013 ikke blir oppfylt. Man fjerner tilbudet for nær ¼ av befolkningen uten at det totale tilbudet i HSYK bedres. Vi godtar ikke en dårligere helsetjeneste for Midtre Helgeland, enn hva vi hadde i 2013.

Bli Helgelandssykehusets (HSYK) vedtak stående slik det nå fremstår, blir ETT gruppen i samarbeid med kommunene på Midtre Helgeland også å se på løsninger opp mot Helse Midt. Tilbudet på Helgeland blir så svakt, at man i realiteten er uten fullverdige sykehus i regionen. Man må slå sammen tilbudet i Mo i Rana (MR) og Sandnessjøen (SSJ) for å kunne kalle dette for et lite akutt sykehus, med ett tilbud som tilsvarer det man har på nærmeste lokalsykehus i Namsos. Dette vil si at selv om reiseveien til Namsos er noe lengre for deler av Vefsnregionen (ikke hele), så er dette et fullverdig sykehus som møter oss.



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika

Vi har rett og slett ikke tillit til resultatet av Hsyk-2025, verken med tanke på kvalitet eller økonomi, noe som også kommunelegen i Alstahaug mente da hun kalte modellen en pasientfelle. Man kommer til å oppleve tilfeller med pasienter som må sendes 110 km videre, etter omsider å ha kommet frem til SSJ eller MR, siden man ikke tilbyr den rette kompetansen på denne lokasjonen.

Miljøvennlig, kostnads og tidseffektiv transport er heller ikke vektlagt i vedtaket fra HSYK, noe som direkte har innvirkning på det å kunne bruke mer penger på pasientbehandling. Selv Nordland Fylke ser bort fra dette i sin uttalelse, derimot er «byutvikling» vektlagt, stikk i strid med hva som legges vekt på ved andre sykehus nybygg og utredninger i Norge.

Det foreligger kommunestyrevedtak i Vefsn kommune av 17.06.2021 sak: 1/2660: «Vefsn kommune setter i gang en utredning om bytte av helseforetak, mot Helse Midt.». Denne utredningen hilser vi velkommen, siden vi ser åpenbare fordeler med å benytte tilbudet i Helse midt, spesielt på regionsykehusnivå, hvor dagens løsning påfører både bedrifter og privatpersoner store økonomiske og menneskelige merkostnader med reiser til Tromsø (UNN).

Denne uken hadde vi et møte med ordfører i Vefsn Kommune, vi ble forsikret om at dette arbeidet skal ha topp prioritet fra administrasjonen fremover, og det vurderes også å sette ned en bred arbeidsgruppe.

Vi håper Helse Nord ikke vil stille seg i veien for en flytting av vår region til Helse Midt, om utredningene skulle gi dette resultatet. Vi kjenner til at det er foretatt flere flyttinger av kommuner mellom helseforetak og kjenner til minst ett tilfelle hvor områder har endret regionalt helseforetak. Likedan har Bindal en avtale som medfører at de får sine tjenester levert i helse Midt. Med den ressursbruken Helse Nord planlegger å bruke på Vefsn-Regionen i HSYK - 2025, så forstår vi at dette ikke er et satsningsområde for Helseforetaket og en motvilje til flytting vil derfor være overraskende.



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika

Ved overgang av pasienter fra Helse Nord til Helse Midt, fra Midt Helgeland, vil dette forsiktig anslått utgjøre ca. 6000 DRG poeng. Selv om vi skal være forsiktig med å omgjøre DRG til kroner, vil dette anslagsvis utgjøre 280 MKR. En stor pasientlekkasje sier noe om et helseforetaks evne til å oppfylle befolkningens behov for somatiske tjenester.

Samla DRG-poeng i spesialisthelsetenesta fordelt på bustadkommune.

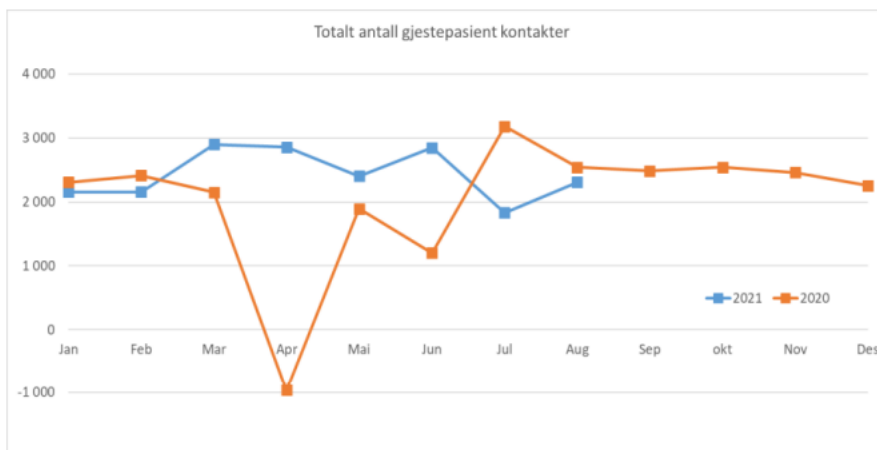
Geografi: Blandet		Periode: 3 år	HF: Alle	Alder: Alle	Måltall			
Periode		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Geografi	Måltall							
Norge	DRG	1 334 185	1 364 809	1 405 837	1 432 591	1 466 006	1 469 416	1 490 802
Omr: Helgelandsykehuset HF	DRG	24 017	24 876	25 612	25 210	25 356	26 077	27 049
Bindal	DRG	591	555	563	594	620	585	598
Sømna	DRG	629	571	594	705	769	684	612
Brønnøy	DRG	2 296	2 330	2 301	2 495	2 285	2 471	2 473
Vega	DRG	434	431	471	369	556	524	622
Vevelstad	DRG	222	203	184	132	190	157	174
Herøy (Nordl.)	DRG	481	537	531	543	636	566	761
Alstahaug	DRG	2 326	2 402	2 634	2 543	2 290	2 407	2 674
Leirfjord	DRG	717	734	775	682	696	791	1 004
Vefsn	DRG	4 610	4 528	4 457	4 467	4 526	4 542	4 912
Grane	DRG	409	534	607	435	482	570	597
Hattfjelldal	DRG	475	580	549	472	525	573	502
Donna	DRG	447	467	430	565	481	475	536
Nesna	DRG	452	570	600	556	525	442	517
Hemnes	DRG	1 386	1 354	1 414	1 593	1 594	1 674	1 558
Rana	DRG	7 311	7 691	8 207	7 847	7 949	8 385	8 178
Lurøy	DRG	676	691	705	662	780	745	740
Træna	DRG	197	245	180	189	158	154	209



Med forbehold om at vi ikke har tilgang til nøyaktige grunnlagsdata, ser man av å lese HSYK's virksomhetsrapport, at lekkasjen av pasienter er stor allerede i dag. Ett somatisk poeng gir 46719 kr (kilde Helsedirektoratet.no ISF 2021 «grunnlagsdokumentet»).

HSYK har en forutsetningene over ca. 269 millioner i gjestepasientkostnader, herav ca.85 millioner kroner allerede utenfor Helse Nord i dag. Dette er situasjonen uten noen slags form for «aksjoner» fra Ett-gruppen eller andre organisasjoner. Vi er derfor sikre på at det kan bli vanskelig å møte egenkapitalkravet som stilles i HSYK-2025, om slike tiltak skulle bli gjennomført.

5.2 Gjestepasienter



Gjestepasienter somatikk har et overforbruk mot budsjett på 3,3 mill. Det er økning på gjestepasient kjøp uten for Helse nord. Likevel er økning i gjestepasientforbruk økt mest mot andre foretak i Helse Nord.

Gjestepasienter somatikk pr. august 2021								
	2021		2020		2021 vs 2020			
	DRG	Kontakt	DRG	Kontakt	DRG	DRG %	Kontakt	Kontakt %
I Helse Nord poliklinikk	608	10 005	362	6 527	246	67,8 %	3 478	53,3 %
I Helse Nord døgn/dag	3 963	2 072	2 855	1 480	1 108	38,8 %	592	40,0 %
Utenfor Helse Nord poliklinikk	482	6 313	348	5 700	135	38,7 %	613	10,8 %
Utenfor Helse Nord døgn/dag	1 787	1 079	1 816	1 029	-29	-1,6 %	50	4,9 %
Sum	6 841	19 469	5 381	14 736	1 459	27,1 %	4 733	32,1 %

Gjestepasienter psykisk helse har en redusert kostnad sammenlignet med 2020 og en kostnad lavere enn budsjett på 1,6 mill. Gjestepasienter rus har et budsjettavvik på 2,1 mill. i mindre forbruk.



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika

HSYK har i sitt vedtak om å plassere Hovedsykehuset i Sandnessjøen skisserer et nedtrekk av 150 ansatte i Mosjøen. Dette er dramatisk for Vefsn som samfunn, og vil kunne medføre at vi får status som omstillingskommune. Dette skjer i en kommune som kun har 9% statlige arbeidsplasser, mot 21 % i Alstahaug før effektene i vedtaket.

I den grad dette vedtaket blir stående, med Vefsn regionen fortsatt i Helse Nord ønsker vi dette kompensert med at annen aktivitet tilføres sykehuset, slik at nedtrekk av 150 personer i Mosjøen unngås.

En fremtidig null versjon eller DMS bør ha DMS i Kristiansund som modell.

Aktiviteter tilført Mosjøen Sykehus kan f.eks. være:

- Planlagt elektive kirurgi.
- Øre Nese Hals.
- Reumatologi.
- Rehabilitering
- Administrative arbeidsplasser knyttet til HR, Økonomi og Logistikk/Lager.
- AMK sentral, f.eks samlokalisert med Veimeldingssentralen til Statens Vegvesen i Mosjøen.

Vi krever videre Ambulansehelikopter i Vefsn, for å bøte på den skisserte helseløsningen for Midtre Helgeland. Regulariteten mellom kyst og innland for luftambulansetjenester er ifølge prehospitaltjenester i HSYK nede i 20% i vintermånedene, blant annet på grunn av ising. Dette oppstår når et helikopter kommer fra fuktig klima ved kysten og inn til innlandet.

Dette skjer i det området som får svakest somatisk tjenestetilbud i landet. Regulariteten på kysten er opp mot 100 %, hvor man faktisk får tilgang på akutte tjenester i Tovåsen/Alstenøya. Minner her på at helseforetaket skal sørge for mest mulig lik tilgang på somatiske tjenester, noe som den skisserte modellen ikke kan si å oppfylle.



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika

Følgende to tabell/figurer forklarer dette:

helgelandspsykehuset.no

Det er vanskelig å finne objektive mål for regularitet knyttet til å operere et ambulanshelikopter i vår region. Vi gjennomgikk virksomheten i et arbeid publisert i Tidsskriftet for den norske legeforening for ca. 10 år siden [1]. Studien viste vesentlig lavere regularitet for destinasjoner i innlandet og andel gjennomførte oppdrag i forhold til behovet på under 30 % vinterstid.

Da studien ble gjennomført hadde helseforetaket et relativt lite helikopter (Airbus Eurocopter EC155 B1 Dauphin). Da det ble erstattet med et større og mer avansert helikopter (AgustaWestland 139) høsten 2008 så vi en viss bedring i regulariteten, men den forble omkring 70 % totalt og under 50 % på innlandet vinterstid. Fra juni 2018 endres helikoptertypen igjen til en mindre maskin (Airbus 145-T2) og det flyoperative miljøet forventer igjen en nedgang i regulariteten.

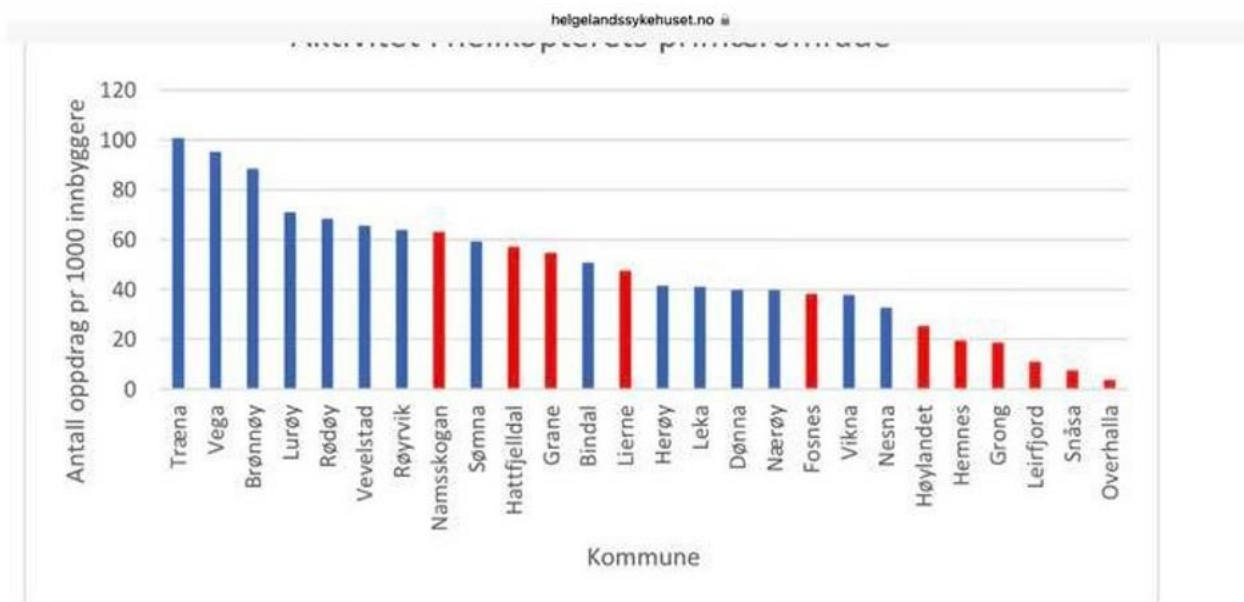
Lokalsykehus	Hentekommune	Alstahaug	Bodø	Namsos	Rana	% eget LS
Rana	Nesna	12			7	37 %
	Rødøy	11	3		7	33 %
Alstahaug	Lurøy	40	1		8	82 %
	Træna	15	2		2	79 %
	Vega	24				100 %
	Brønnøy	199	2	2	9	94 %
	Herøy	24			1	96 %
	Dønna	13				100 %

Tabell 20 Luftambulansetransporter fra kystkommuner på Helgeland til sykehus i årene 2014 – 2017 (4 år).

Lokalsykehustilhørighet og andel pasienter som går til eget sykehus. Forskjell i prosentvis levering mellom Sandnessjøen og Mo i Rana er statistisk signifikant med $p < 0,001$ (t-test, uavhengige utvalg) Kilde: LABAS.



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika



Figur 14 Aktivitet pr. kommune i Brønnøyhelikopterets primærrområde. Aktivitet er oppgitt i antall oppdrag pr. 1000 innbyggere, summert for årene 2014-2017 (4 år). Kommuner merket rødt er innlandskommuner (ingen eller ubetydelig kystareal), de blå er typiske kystkommuner. Kystkommunene har 59,8 hendelser i gjennomsnitt, innlandskommunene har 31,5. Forskjellen er statistisk signifikant med $p=0,003$ (t-test, uavhengige utvalg). Kilde: LABAS

Tilsvarende viser figur 14 antall oppdrag i kommuner i Brønnøyhelikopterets primærrområde, der kystkommunene har flere hendelser enn innlandskommunene.

Årsaken til disse forskjellene er kompleks, men en vesentlig faktor er vanskeligere flyoperative forhold på innlandet, sammenliknet med kyst. Spesielt er det vanskelig å krysse fra kyst mot innland på grunn av tendens til isdannelse på helikopterets rotor.

Vi ønsker derfor en egen ambulanshelikopterbase for innlandet på Helgeland. Det finnes flere helikopterbaser i innlandet av Norge, blant annet: Dombås, Alta mv, som har god regularitet, og med inntil 3 timers akuttvei fra f.eks. Susendal til SSJ, blir dette kritisk. Dette bør skje uten at det går på bekostning av basen i Brønnøysund som er ment for kystnære områder på Helgeland og Nord Trøndelag. Minner her på Høie's vedtak i innlandet hvor Elverums tilføres en ny luftambulansbase.



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika

En helikopterbase koster ifølge styresak i Helse Nord i 2019 ca. 47 millioner å drifte, i samfunns økonomiske analyser er ett «statistisk menneskeliv» satt til 34 millioner. Med å redde to liv hvert år er det stor samfunnsøkonomisk lønnsomhet med en helikopterbase for Midt Helgeland.

Blir HSYK styret sitt vedtaket stående for Søndre og Midtre Helgeland får vi et av landets dårligste sykehus tilbud, stikk i strid med intensjonen da kommunene startet prosessen!

Vi presiserer at årsaken til at vi ser mot Helse Midt er at vi sparer Midt Helgeland og Vefsn Regionen for store kostnader ved at vi kan få region helsetjenester ved St. Olav, Sentralsykehus tjenester i Levanger, og enkle lokalsykehus tjenester på Namsos.

Sammen med et godt lokalt DMS vil Namsos sykehus alene ha det samme tjenestetilbudet som SSJ og MR blir å kunne få til sammen. Vi får tjenestene ved «én» fysisk lokasjon, det skaper visheten om at vi ikke må sendes 11 mil til neste «halvdel» av sykehuset fordi prehospitale tjenester stilte feil diagnose. Det er derfor både rasjonelle og økonomiske grunner til vår tilnærming.



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika

Vi oppfordrer allerede fra i dag fastleger og innbyggere på Midtre og Søndre Helgeland å orientere seg mot Helse Midt.

Namsos, Levanger, og St. Olav for planlagte inngrep i stedet for Sandnessjøen (SSJ), Mo I Rana (MR), Bodø (NLSH) og Tromsø (UNN).

Kan dette være en løsning Helse Nord er tjent med? Spesielt når det koster lite å utrede bedre løsninger på aksene? Alternativer som Nyland blir en bedre løsning for alle 4 regioner nå og i fremtiden for hele Helgeland

For Facebook gruppa

Svein Eirik Forsmo
Svein Eirik Forsmo

For Facebook gruppa

Jan-Kjetil Grøftrem
Jan-Kjetil Grøftrem

«Hovedsykehus ETT Helgeland»



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika



Ambulanse/Redning Helikopter

Ambulansebåt Havn

Plass til pasienthotell/Butikk/Apotek i umiddelbar nærhet til Sykehuset, rikelig muligheter for oppstilling av busser, gode parkeringsarealer alle plasser og steder.

ETT Sykehuset midt på aksen!

Jernbane i umiddelbar nærhet. Gode muligheter til å bygge Jernbanestasjon og parkering

Illustrert: Nyland ved Holandsvika