

## Kommentarer til innspillene som har kommet inn gjennom medvirkningsprosessen

### **Innspill Med, kir, røntgen, INT/AM, anestesi/operasjon, laboratorium/blodbank, kliniske servicefunksjoner, kontortjenesten, felles inntakskontor Mosjøen.**

Lvert som pdf powerpoint fil. Slidene i pdf filen er nummerert fortløpende med sidetall som her refereres til. For fullstendig innspill se vedlegg med originalfilen.

*Slide 8: Generell indremedisinsk poliklinikk videreføres som i dag evt. forsterkes*

*Problem vi ønsker løst: Unngå dårligere poliklinisk tilbud til HLs befolkning, Mosjøen geografiske midtpkt. på HL. Ved flytting av funksjon fra Mosjøen vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasienter, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk.*

Faglig vurdering:

I lokalsykehus er det vanlig med «generell indremedisinsk poliklinikk» i timeboka. Pasientene består ofte av en blanding av de spesialitetene vi ikke har i sykehuset, som f.eks hematologi og endokrinologi. Vanlige hematologiske problemstillinger som blir satt opp på generell indremedisinsk poliklinikk er anemi, trombocytopeni, forhøyet ferritin, forhøyet SR osv. Vanlige endokrinologiske problemstillinger er stoffskiftesykdom, kalsiummetabolisme osv. Det er også vanlig at fastleger henviser litt mer diffuse problemstillinger, som f.eks slapphet. På den generelle indremedisinske poliklinikken settes det også opp enkle problemstillinger innenfor spesialiteten hjerte, lunge osv.

Den er stort sett leger i spesialisering som har generell indremedisinsk poliklinikk. Lege i spesialisering konfererer med overlege ved behov.

#### **Behov for støttefunksjoner**

Ettersom pasientpopulasjonen på en generell indremedisinsk poliklinikk er såpass blandet, er det stor variasjon i hva som trengs av støttefunksjoner ved hver konsultasjon. Det som er mye brukt er lab (både lokal lab og sendeprøver), billeddiagnostikk (UL, CT, MR), hematologiske spesialundersøkelser (blodutstryk og benmargsprøve) osv.

Kommentarer:

1. Utredning av nyhenviste på generell indremedisinsk poliklinikk krever som hovedregel en del infrastruktur, og bør antagelig gjøres i sykehus hvor alle modaliteter er tilgjengelig. Det er viktig at lege i spesialisering har spesialist tilgjengelig for supervisering. Generell indremedisinsk poliklinikk er en viktig del av spesialistutdanningen. Kontroller av etablerte diagnoser som bare krever blodprøvekontroll før den polikliniske timen, som f.eks kontroll av stoffskifte, er lettere å gjennomføre desentralisert.
2. Fagfeltet generell indremedisin er i vedtaket flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering i all hovedsak fra Sandnessjøen. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av

ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.

3. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene på sykehusene.

Konklusjon: Det kan eventuelt etableres et poliklinisk indremedisinsk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for poliklinisk kontroll av kronikere bosatt i Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

*Slide 9: Gastroenterologisk poliklinikk videreføres som i dag samt forsterkes.*

*Problem vi ønsker løst: Unngå dårligere poliklinisk tilbud til HLs befolkning, Mosjøen geografiske midtpkt. på HL. Ved flytting av funksjon fra Mosjøen vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasienter, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk.*

Faglig vurdering:

På en gastromedisinsk poliklinikk utredes og behandles pasienter med sykdommer i fordøyelsessystemet. En viktig del av utredning av sykdommer i fordøyelsessystemet er kreftutredning. CT, MR og endoskopi er undersøkelser som er vesentlige i utredning av sykdommer i fordøyelsessystemet.

Utredning bør foregå der de fleste modaliteter er tilgjengelig, for å få effektive og helhetlige pasientforløp, samt unngå mange reiser.

Oppfølging av pasienter med kjent sykdom i fordøyelsessystemet krever for en del tilstander kontroll med billeddiagnostikk og/eller endoskopi, men det er også pasientgrupper hvor kontrollene ikke krever den samme graden av infrastruktur.

«Kronikere» i gastromedisin vil i hovedsak dreie seg om IBD og hepatitt/leversykdom. En del av disse vil få behandling på infusjonspoliklinikken, men vil også trenge regelmessig oppfølging av spesialist. Noen kontroller kan gjennomføres på video, andre vil kreve oppmøte og evt endoskopi/radiologi.

Oppfølging av kronikere som krever mye infrastruktur bør planlegges utført i sykehus.

Spesialistpoliklinikk lokalt bør som hovedregel gjennomføres som ambulering fra sykehus, og ikke ved innleie av vikarer, for å sikre pasienter med kronisk sykdom kontinuitet og kvalitet.

Kommentarer:

1. Ambulering vil kreve at det er et robust gastromedisinsk tilbud i sykehuset, og omfanget av ambulering må dimensjoneres ut fra tilgang på ressurser.
2. Utdanning av spesialister bør også vektlegges, og det er ekstra viktig i fagområder det er få spesialister i (som gastroenterologi) at det er tilstrekkelig volum og tilstedeværelse av spesialist i sykehus til å klare å utdanne egne spesialister.
3. Gastroenterologi er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk gastroenterologisk tilbud vil derfor betjenes gjennom ambulering fra sykehusene. Størrelse på et poliklinisk gastroenterologisk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. En for stor aktivitet på poliklinikken i Mosjøen vil kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.

4. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenestene vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.

Konklusjon: Det kan eventuelt etableres et poliklinisk gastroenterologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere der oppfølgingen ikke krever spesialundersøkelser og støtteapparat. Dimensjonering etter ressurstilgang og behov.

### *Slide 10: Tarmscreening coloncancer. Helgelandsfunksjon.*

*Problem vi ønsker løst: Tarmscreening coloncancerer under innføring i Norge. Trenger derfor økt kapasitet på Helgeland for å unngå fristbrudd, ved å legge dette tilbudet til Mosjøen vil det avlaste SSJ og Mo. Mosjøen geografiske midtpkt. på HL. Ved å legge hele funksjonen til SSJ/Mo vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasientene, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk. Lange ventelister og fristbrudd. Pasientklager og uheldige pas.hendelser kan oppstå pga lange ventetider.*

Faglig vurdering:

Det er vedtatt at tarmscreening skal skje innenfor rammen av det offentlige helsevesenet og organiseres i samarbeid med eksisterende kliniske miljøer. Den interregionale styringsgruppen for Tarmkreftscreeningprogrammet har besluttet at bestemte krav må være oppfylt før helseforetaket og den enkelte skopør kan inngår i screeningprogrammet.

Koloskopi som gjøres i regi av Tarmscreeningprogrammet er en integrert del av tjenesten på det enkelte helseforetak. Fordi koloskopi er en begrenset ressurs, er det viktig å balansere antallet koloskopier i screeningprogrammet mot den til enhver tid tilgjengelige kapasitet på det enkelte helseforetak slik at undersøkelser av symptomatiske pasienter ikke må utsettes. Over tid vil antall koloskopier i screeningprogrammet øke, og dette tilsier at det er behov for å bygge opp kapasiteten i de enkelte helseforetak. I starten er iFOBT (avføringsprøve) standard screeningmetode, men Helsedirektoratet anbefaler at koloskopi skal bli primær screeningsmetode og erstatte iFOBT når tilstrekkelig kapasitet er bygget opp.

I Helse Nord er det planlagt en gradvis oppstart av tarmscreeningstilbud fra mars 2023. Det første kullet som får tilbud er de som er født i 1967. I løpet av de neste par årene vil alle 55-åringer få invitasjon til screening.

**Alle spesialister i gastroenterologi vil oppfylle minimumskravet til antall gjennomførte prosedyrer for å delta i programmet (>300 koloskopier, >50 polypektomier), men det er i tillegg definerte kurskrav til skopører, sykepleiere og ledere.**

Minst en skopør, helst to, fra hvert screeningscenter skal ha deltatt på Endoskopiskolens kurs «Koloskopi Instruktør Kurs» (KIK)

Minst en skopør og en sykepleier fra hver enhet bør ha deltatt på Endoskopiskolens kurs «Tren endoskopiteamet – Polypkurs» (TET Polypkurs)

Sykepleiere som skal assistere ved koloskopi i programmet anbefales å ta e-læringskurset «Kurs for endoskopører i Tarmscreeningprogrammet»

Minst en representant for henholdsvis skopørledere og sykepleieledere før ha deltatt på Endoskopiskolens kurs «Tren Endoskopi Teamet» (TET)

For å sikre høy kvalitet på undersøkelser som gjennomføres i regi av screeningprogrammet stilles det **krav om at leder har kjennskap til nivået på utvalgte kvalitetsindikatorer på skopørene** (f.eks cøcum intubasjonsrate, polypp deteksjonsrate osv)

Tilsvarende er det **krav til selve polyppfjerningen**. Komplikasjonsrisiko og i hvilken grad komplett reseksjon oppnås er avhengig av størrelse, morfologi, lokalisasjon og skopørens kompetanse. SMSA er et klassifiseringssystem som angir vanskelighetsgrad, hvor 1 er enklest og 4 er vanskeligst. Alle skopører skal kunne fjerne SMSA klasse 1 og 2. Alle enheter bør ha kompetanse til å fjerne SMSA klasse 3. Det må foreligge en plan for behandling av pasienter med SMSA klasse 4. Foretak som fjerner polypper i SMSA klasse 4 må ha nødvendig kompetanse (kirurg, anestesipersonell) til å håndtere mulige komplikasjoner.

#### **Kommentarer:**

1. Om screeningen skal gjennomføres på en eller flere enheter i Helgelandssykehuset, vil være avhengig av volum
2. Ved oppstart vil antall skopier være begrenset (65/1000 iFOBT). Det er anslått 45 skopier/år ved iFOBT som primærundersøkelse, og 700 skopier/år ved koloskopi som primærundersøkelse.
3. Tilbudet krever en viss grad av infrastruktur (spesialrom, utstyr, kompetanse)
4. Tilbudet kan ikke baseres på vikarer
5. Screeningprogrammet er for 55-åringer (med planlagt screening hvert annet år i 10 år). Dette er unge, presumptivt friske folk, som ikke tilhører den pasientkategorier som har størst behov for kortere reisevei og nærhet til tjenesten
6. Helgelandsfunksjon utenfor sykehus virker ikke formålstjenlig, hverken for pasienter eller helsepersonell. Utstrakt ambulering vil svekke tilbudet i sykehuset, og flesteparten av pasientene vil få lenger reisevei. Polypper i SMSA klasse 4 kan ikke fjernes i Mosjøen pga manglende kirurgisk beredskap. Pasienter som evt må observeres i etterkant av prosedyre må flyttes til sykehus.
7. Nye funksjoner skal som hovedregel skal legges til hovedsykehuset, men forutsetter at en helhetlig vurdering der faglige hensyn og hensynet til rekruttering og stabilisering vektlegges, jfr. vedtaks punkt 4. styresak 109-2021 HN RHF.

Konklusjon: Screening for tykktarmskreft burde i framtiden kun foregå i sykehusene.

#### *Slide 11: Utdanne/ansette gastrosykepleier*

*Problem vi ønsker løst: Mangler gastrosykepleier, vanskelig å rekruttere gastroenterolog.*

#### Kommentar:

Gastroenterologi er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud i indremedisin vil derfor i all hovedsak betjenes gjennom ambulering fra sykehusene. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister og gastrosykepleier.

Konklusjon: Ved en eventuell ansettelse av en gastrosykepleier anbefales arbeidsstedet til å være i ett av sykehusene. Gastrosykepleier kan ambulerer til Mosjøen ved behov.

### *5: Slide 12: Lungepoliklinikk videreføres som i dag*

*Problem vi ønsker løst: Lang reisetid for syke/sårbare pasienter (KOLS, astma, lungekreft), økt miljøbelastning og økonomisk ineffektiv reisevirksomhet på Helgeland, ekstra belastning på andre enheter, økt pasientflukt ut av regionen.*

Faglig vurdering:

På lungepoliklinikken utredes og behandles pasienter med sykdommer i lunger/luftveier. Utredning og behandling av lungekreft utgjør en viktig del.

CT, lungefunksjonstester og bronkoskopi er undersøkelser som er vesentlige i utredning av lungesykdommer.

Utredning bør foregå der de fleste modaliteter er tilgjengelig, for å få effektive og helhetlige pasientforløp, samt unngå mange reiser.

Oppfølging av pasienter med kjent lungesykdom krever for en del tilstander kontroll med CT og/eller lungefunksjonstester, men det er også pasientgrupper hvor kontrollene ikke krever den samme graden av infrastruktur.

«Kronikere» i lungemedisin vil i hovedsak dreie seg om KOLS, alvorlig astma, lungekreft og lungefibrose. Pasienter med kronisk lungesykdom bør følges opp av lungelege, alternativt av lege i spesialisering i tett samarbeid med lungelege.

Oppfølging av kronikere som krever mye infrastruktur bør planlegges utført i sykehus.

Spesialistpoliklinikk lokalt bør som hovedregel gjennomføres som ambulerer fra sykehus, og ikke ved innleie av vikarer, for å sikre pasienter med kronisk sykdom kontinuitet og kvalitet.

Ambulerer vil kreve at det er et robust lungemedisinsk tilbud i sykehuset, og omfanget av ambulerer må dimensjoneres ut fra tilgang på ressurser.

Kommentar:

1. Lungemedisin er en del av fagfeltet indremedisin som er anbefalt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulerer i all hovedsak fra Sandnessjøen. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.
3. Det er en høy andel av kronikere blant lungepasienter og et desentralt poliklinisk tilbud kan derfor være riktig for utvalgte pasienter.

Konklusjon: Det kan eventuelt etableres et poliklinisk lungemedisinsk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere. Dimensjonering etter ressurstilgang og behov.

### *Slide 13: Utredning og behandling av OSAS-pas videreføres som i dag, Helgelandsfunksjon*

*Vi har videreutdannet lungesykepleier med lang erfaring innenfor vurdering og oppfølging av disse pasientene, vi har også nevrologisk poliklinikk på samme enhet slik at utredende og behandlende enhet er samlokalisert for best effektivitet. Mosjøen geografiske midtpunkt. på HL. Mister vårt gode og etablerte fagmiljø hvis funksjon flyttes, da vil lungesykepleier flytte fra HL og vi får dårligere tilbud til HLs befolkning. Ved flytting av funksjon vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasientene, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk.*

#### Faglig vurdering:

OSAS (obstruktivt søvn apnø syndrom) forekommer hos 1 av 6 voksne i Norge. Personer med OSAS er vanligvis også snorkere. Ved pustestopp våkner personen ofte helt eller delvis, og er derfor ofte trøtt og sliten på dagtid med økt risiko for trafikk- og arbeidsulykker. Ubehandlet OSAS gir økt risiko for utvikling av kardiovaskulære sykdommer og gir redusert livskvalitet. OSAS finnes hos begge kjønn og i alle aldersgrupper, men er vanligst hos menn, eldre, overvektige og røykere.

Diagnosen stilles ved en respiratorisk polygrafi (RPG) som i hovedsak gjøres som hjemmeregistrering med portabelt utstyr. Pasienten får koblet på seg, eller kobler på seg selv, utstyr som registrerer respirasjon, luftstrøm, SpO2 og puls.

CPAP er førstevalg i behandlingen av OSAS. De fleste med moderat til alvorlig OSAS vil trenge behandling med CPAP. Oppstart av CPAP-behandling skjer vanligvis ved opplæring og tilpasning av maske på sykehus på dagtid. Deretter prøves utstyret hjemme, alternativt på sykehus, om natten. Videre oppfølging med kontroll og/eller justering foregår poliklinisk.

#### **Utredningen av OSAS er tverrfaglig**

Pasienter med «overlappingssyndrom» mellom KOLS og OSAS har høyere dødelighet enn pasienter med kun den ene diagnosen. Ved samtidig KOLS og OSAS er det større risiko for forlenget oksygenesaturasjon om natten. OSAS kan føre til mer eksaserbasjoner, aksellerert lungefunksjonstap og økt dødelighet. Pga økende prevalens av begge sykdommer vil en pasient med den ene sykdommen oftere også ha den andre. Det er derfor rimelig å undersøke pasienter med henholdsvis KOLS eller OSAS også for den andre sykdommen. En retrospektiv studie har vist at 29% av pasienter henvist til PSG (polysomnografi) hadde kombinasjonen av KOLS og OSAS.

Det er ved symptomer eller funn som tilsier det, relevant med ØNH-vurdering for å avdekke forandringer som kan være årsak til obstruksjon, f.eks nesepolypper, allergisk slimhinnehypertrofi, adenoide vegetasjoner osv.

#### Faglig vurdering:

For å få helhetlige pasientforløp og et godt tverrfaglig samarbeid vil det være hensiktsmessig hvis søvnregistrering, lungemedisinsk vurdering, evt ØNH-vurdering og tilpasning av CPAP kan gjøres på samme sted, og fortrinnsvis i sykehus. Spesialist i lungesykdommer er vanligvis den som har ansvaret

for utredning og behandling. Ifølge innspill fra Mosjøen gjøres 70-80% av oppfølgingen via telemedisin, og selve utredningen gjør de aller fleste pasienter bare en gang, slik at belastningen ved å reise burde være overkommelig og oppveies av effektiv utredning.

CPAP-kompetanse vil også komme innlagte pasienter i medisinsk avdeling til gode.

Kommentarer:

1. Lungemedisin er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud i indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering i all hovedsak fra Sandnessjøen. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Høy andel telemedisin gjør det mindre relevant å desentralisere tilbudet.
3. Samspill med ØNH leger er viktig.
4. Lungelege og lungesykepleiere er en viktig del av et sykehusfagmiljøene.

Konklusjon: OSAS helgelandsfunksjon flyttes til hovedsykehuset. Pasientene kan i stor grad ivaretas telemedisinsk.

#### *Slide 14: Kardiologisk poliklinikk videreføres som i dag*

*Problem vi ønsker løst: Lang reisetid for syke/sårbare pasienter (Hjertesvikt, angina, arytmi ++), økt miljøbelastning og økonomisk ineffektiv reisevirksomhet på Helgeland, ekstra belastning på andre enheter, økt pasientflukt ut av regionen.*

Faglig vurdering:

Kardiologisk poliklinikk er en poliklinikk med høyt volum. Det gjøres utredning av brystmerter, tungpust, svimmelhet/synkope, hjertebank, bilyder osv. I tillegg kontrolleres mange pasienter med kjent hjertesykdom i lang tid,

Det er en høy andel «kronikere» som har behov for hyppig kontroll i spesialisthelsetjenesten, med hjertesvikt, klaffesykdom, kronisk iskemisk hjertesykdom, atrieflimmer og PC/ICD som de største gruppene.

Hjertesviktspasienter er en gruppe som ofte blir akuttinnlagt i sykehus pga dekompenisering, og som bør følges tett for å fange opp klinisk forverring tidlig. Sykepleiedrevet sviktpoliklinikk er et viktig tiltak for denne pasientgruppen, og et slikt tilbud bør være lett tilgjengelig ettersom pasientgruppen består av mange eldre med redusert funksjon som har behov for hyppig kontroll.

**Sykepleiedrevet sviktpoliklinikk** må ha faglig støtte av kardiolog. Kardiolog trenger ikke være fysisk tilstede til enhver tid, men må være tilgjengelig for spørsmål og foreta medikamentendringer/skrive resepter. Kardiologisk vurdering med EKKO gjøres rutinemessig ved oppstart og avslutning.

**Desentralisert kardiologisk spesialistpoliklinikk** forutsetter noe medisinsk teknisk utstyr. En EKKO-maskin og AEKG bør som et minimum være tilgjengelig, men også utstyr til testing av pacemakere er fornuftig.

Det er flere pasientgrupper innenfor kardiologien som egner seg til desentralisert spesialistpoliklinikk. F.eks kontroll av pacemaker, kontroll av aortastenose, nyoppdaget bilyd osv.

En mer grundig vurdering over hvilke pasienter som kan følges opp desentralisert, og hvilke pasienter som bør utredes/følges opp i sykehus bør det kardiologiske miljøet i Helgelandssykehuset delta i.

Ambulering vil kreve at det er et robust kardiologisk fagmiljø i sykehuset, og omfanget av ambulering må dimensjoneres ut fra tilgang på ressurser. Tilstedeværelse av kardiologer i sykehus er også svært viktig for akuttinnlagte pasienter (som utgjør 95% av pasienten innlagt på medisinsk avdeling), og fraværet ved ambulering må veies opp mot behovet i sykehus.

Kommentarer:

1. Kardiologi er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering i all hovedsak fra Sandnessjøen. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.
3. Kardiologi betjener en høy andel kronikere. Det er ønskelig med poliklinisk aktivitet i fagfelt kardiologi i Mosjøen.

Konklusjon: Det kan etableres et poliklinisk kardiologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere. Dimensjonering etter ressurstilgang og behov.

*Slide 15: Stress-ecco. I samarbeid med rtg. avd CT/MR. Helgelandsfunksjon.*

*Problem vi ønsker løst: Suboptimalt tilbud ifbm. utredning av pas med mistenkt koronarsykdom*

Faglig vurdering:

Stress-EKKO er en ikke-invasiv test for koronarsykdom. Myokardiskemi kan påvises ved analyse av regional veggbevegelse under belastning. Testen kan utføres med farmakologisk belastning (adenosin eller dobutamin), eller som en arbeidstest. Farmakologisk belastning er mest spesifikt, arbeidsbelastning er mest sensitivt.

Undersøkelsen er nyttig når AEKG eller CT coronar ikke gir tilstrekkelig informasjon, og når pasienter ikke er i stand til å gjennomføre sykkeltest. Stress-EKKO er en funksjonell evaluering av koronar funksjon og kan avdekke hvilken stenose som er mest betydningsfull, kontraktil reserve osv.

Undersøkelsen utføres på medisinsk poliklinikk av kardiolog med bistand fra sykepleier, og bør være tilgjengelig i sykehus som utreder og behandler hjertesykdommer.

Kommentarer:

1. I innspillet fra Mosjøen er det anført at undersøkelsen skal gjøres i samarbeid med rtg-avdelingen, og det er foreslått Helgelandsfunksjon. Ettersom stress-EKKO ikke involverer rtg-avdelingen er man usikker på om det egentlig menes myocardscintigrafi. Uansett er det nok mest hensiktsmessig at undersøkelser som er viktige for utredning av hjertesykdommer er tilgjengelig i sykehuset, og ikke kun desentralisert.
2. Når det gjelder stress-EKKO er ikke det en ny funksjon. I Sandnessjøen gjøres det relativt ofte allerede.



3. Kardiologi er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering i all hovedsak fra Sandnessjøen, fortrinnsvis med personell som er bosatt i Mosjøen og omegn. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
4. Nevnte tilbudt gjelder ikke kronikere.

Konklusjon: Det anbefales ikke å etablere tilbudet stress ekko i Mosjøen som per i dag allerede eksisterer i Helgelandssykehuset.

### *Slide 16: CT coronarangiografi samarbeid med radiologisk avd. Helgelandsfunksjon.*

#### *Problem vi ønsker løst: Suboptimalt tilbud ifbm utredning av pas med mistenkt koronarsykdom*

Faglig vurdering:

CT coronar angiografi er en ikke-invasiv metode for utredning av koronarsykdom. Undersøkelsen foregår på røntgenavdeling ved bruk av IV kontrast. Metoden har høy sensitivitet og høy negativ prediktiv verdi, og er svært god til å utelukke koronarsykdom.

Metoden er ikke like god til å skille mellom signifikante og grensesignifikante stenoser, så CT coronar angiografi egner seg best til pasienter med lav til intermedier risiko for koronarsykdom. Pasienter med høy risiko bør henvises til konvensjonell kateterbasert angiografi.

UNN Tromsø har hatt CT coronar angiografi siden 2012, og har samlet data i et internt kvalitetsregister. 60-70% av pasientene som var til CT coronar ble sendt hjem med vurderingen normale koronarkar eller ikke-obstruerende koronarsykdom (veggforandringer). Det forteller at «friske» pasienter henvises til hjerteutredning, og at de fleste som henvises kan unngå invasiv prosedyre.

Tidligere ble CT coronar angiografi mest brukt til utredning av kronisk koronarsykdom (stabil angina), men blir nå mer og mer brukt også ved utredning av pasienter som har akutte brystmerter uten påvist hjerteinfarkt.

ESC (European Society of Cardiology) anbefaler CT coronar angiografi som metode både ved kronisk koronarsykdom og akutt koronarsyndrom.

#### ***ESC 2019 Guidelines of chronic coronary syndrome***

*CT coronar angiografi anbefales som initial test i utredning av koronarsykdom hos symptomatiske pasienter hvor obstruerende koronarsykdom ikke kan utelukkes ved klinisk vurdering alene (I b-anbefaling)*

#### ***ESC 2020 Guidelines for the management of acute coronary syndrom in patients presenting without persistent ST-segment elevation***

*CT coronar angiografi anbefales som alternativ til invasiv angiografi for å utelukke AKS ved lav til intermedier risiko, når troponin og/eller EKG er normalt eller inkonklusivt (Ia -anbefaling).*

Som følge av at CT coronar angiografi nå gir bedre kvalitet og lavere stråledose enn tidligere, er mindre ressurskrevende og har lavere komplikasjonsrisiko enn konvensjonell angiografi, samt er anbefalt i europeiske retningslinjer for både kronisk og akutt koronarsykdom, har etterspørselen økt og vil fortsette å øke fremover. AEKG har dårligere sensitivitet og spesifisitet, og er ikke lenger anbefalt i utredning av akutte brystmerter

Kommentarer:

1. Helgelandssykehuset bør få etablert CT coronar angiografi. Det vil gi raskere utredning og kortere liggetid i sykehus, bedre pasientforløp ved at vi slipper å sende pasienter til Bodø for CT coronar angiografi eller konvensjonell angiografi.
2. CT coronar angiografi bør uten tvil være lokalisert i akutt sykehus hvor pasientene blir innlagt for utredning, og hvor det er et kardiologisk fagmiljø som ivaretar utredningen.
3. Nye funksjoner skal som hovedregel skal legges til hovedsykehuset, men forutsetter at en helhetlig vurdering der faglige hensyn og hensynet til rekruttering og stabilisering vektlegges, jfr. vedtaks punkt 4. styresak 109-2021 HN RHF.
4. Nevnte tilbudt gjelder ikke kronikere.
5. Tilbudet krever vedlikeholdt og investeringer i dyre CT maskiner.

Konklusjon: Etablering av CT coronarangiografi i Mosjøen anbefales ikke men burde vurderes etablert i sykehusene.

*10: Side 17: Endokrinologisk poliklinikk med hovedvekt diabetes mellitus videreføres. Senter med økt kompetanse diabetes mellitus på Helgeland.*

*Problem vi ønsker løst: Per i dag er det få endokrinologer ansatt i Helse Nord. Det er ingen ansatt i HSYK. I Mosjøen er det en LIS2 som brenner for endokrinologi og som vil jobbe som endokrinolog ved HSYK MSJ. Mosjøen geografiske midtpkt. på HL. Ved flytting av funksjon til SSJ vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasientene, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk. Lange ventelister og fristbrudd. Pasientklager og uheldige pas. Hendelser kan oppstå pga. lange ventetider.*

Faglig vurdering:

#### **Diabetes type 1**

Pasienter med diabetes type 1 bør tilbys **tverrfaglig oppfølging av i spesialisthelsetjenesten**. Endokrinologiske og indremedisinske avdelingen bør ha tverrfaglige kompetanseteam med særskilt fokus på diabetes. I det tverrfaglige teamet bør lege, diabetessykepleier og evt klinisk ernæringsfysiolog inngå. I tillegg anbefales egen fotsårsklinikk. Oppfølging må tilpasses den enkeltes behov, men minst én konsultasjon per år.

#### **Diabetes type 2**

Oppfølging og behandling av pasienter med diabetes type 2 foregår som hovedregel hos **fastlegen**. Pasienter med diabetes type 2 som har **dårlig blodglukosekontroll eller kompliserende tilleggssykdom bør henvises til det tverrfaglige kompetanseteamet** i spesialisthelsetjenesten. Ansvar vil her deles mellom fastlege og sykehus, og det er viktig med god samhandling og kommunikasjon mellom disse.

## Barn og unge med diabetes

Barn og unge under 18 år med diabetes følges opp og behandles på barneavdelinger.

### Startkurs og LMS

Alle nydiagnostiserte pasienter med diabetes har **rett til god opplæring** for eksempel gjennom et startkurs. Fastlegen skal informere pasienten og tilby henvisning til et slikt kurs på nærmeste sykehus. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby opplæring i grupper. Opplæringen skjer som oftest i regi av Lærings- og mestringssentrene. Denne opplæringen kommer i tillegg til kontinuerlig individuell oppfølging i regi av det tverrfaglige kompetanseteamet.

Kilde: Nasjonal faglig retningslinje for diabetes

## Diabetes i Helgelandssykehuset

Diabetes krever, som anbefalt i Nasjonal faglig retningslinje for diabetes, en tverrfaglig tilnærming. Det er per i dag ingen endokrinologer i Helgelandssykehuset, og få endokrinologer i Helse Nord. Lege i diabetesteamene er i Helgelandssykehuset indremedisinske leger (overlege eller lege i spesialisering). Spesielt diabetes type 2 er et område hvor det er stadig nye medikamenter på markedet, og mange pasienter med komplikasjoner og/eller kompliserende tilleggssykdommer som hjertesvikt, nyresvikt osv. Det er ikke alle indremedisinere som har like mye kompetanse på diabetes, og det bør derfor fortrinnsvis være en eller flere faste leger som har ansvaret for disse pasientene.

**Diabetessykepleier** er sykepleier med spesialkompetanse på diabetes, og gjør veldig mye av jobben i det daglige, men er avhengig av å ha faglig støtte fra lege til medikamentendringer, resepter, henvisninger osv., i tillegg til at lege stort sett utfører årskontroll på pasienter med diabetes type 1.

Faglig vurdering:

Pasienter med diabetes er en gruppe som krever regelmessig oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Mange pasienter har i perioder behov for relativt hyppig kontakt med diabetessykepleier for å oppnå blodsukkerkontroll, og det er et særdeles viktig tilbud for å forebygge komplikasjoner. De aller eldste har som regel et litt mindre strengt regime, men til gjengjeld har de oftere etablerte komplikasjoner.

Som et minimum bør det være tilbud om sykepleiedrevet diabetespoliklinikk i Mosjøen, med legestøtte enten fra indremedisinsk avdeling i sykehuset (som allerede inngår i et tverrfaglig team) eller som et samarbeid med kommunal legetjeneste.

Det er i innspill fra Mosjøen foreslått «Senter for økt kompetanse på diabetes», og sett i lys av at dette er et ganske komplekst fagområde vil det kunne bidra til å øke kvaliteten på diabetesbehandlingen på Helgeland. Å bygge opp den kompetansen utenfor sykehus er man litt mer skeptisk til, både av hensyn til at disse pasientene også blir innlagt i sykehus, men også av hensyn til LIS-utdanning.

Kommentarer:

1. Endokrinologi er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering fra sykehusene.. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Helgelandsfunksjoner og senter burde ligge i sykehusene.
3. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar i utgangspunkt tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering

av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.

4. Endokrinologi betjener en høy andel kronikere. Det er derfor ønskelig med poliklinisk aktivitet i fagfelt diabetes i Mosjøen

Konklusjon: Det kan etableres et poliklinisk tilbudt for diabetikere i Mosjøen i form av sykepleierdrevet diabetespoliklinikk som et minimum.

### *Slide 18: Nyremedisinsk poliklinikk videreføres som i dag*

*Problem vi ønsker løst: Pr i dag er det få nefrologer i Helse Nord. Nyrepasienter følges av LIS2 som kjennet pasientene godt. Ofte dårlige pasienter som ikke ønsker/tåler lang reisevei. Mosjøen geografiske midtpunkt. på HL. Ved flytting av funksjon til SSJ vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasienter, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk. Lange ventelister og fristbrudd. Pasientklager og uheldige pasient hendelser kan oppstå pga. lange ventetider.*

Faglig vurdering:

Pasienter med kronisk nyresykdom er en voksende gruppe som per i dag utgjør cirka 10% av befolkningen. Helgelandssykehuset har et befolkningsgrunnlag på rundt 80 000, som gir estimert prevalens av nyresyke på cirka 8000 i vårt opptaksområde.

På nyremedisinsk poliklinikk kommer det pasienter med hypertensjon, kronisk nyresykdom stadium 3b, 4 og 5, i tillegg til nyretransplanterte. Pasienter med kronisk nyresykdom har ofte uttalt komorbiditet.

**TX- pasienter** krever god kunnskap og hyppige kontroller, og bør som hovedregel følges opp av nefrolog. Alternativet er annen indremedisinsk overlege som har økt kompetanse gjennom transplantasjonskurset og/eller hospitering på Rikshospitalet, samt kan få veiledning av nyrelege. Nyretransplanterte pasienter følges opp etter gjeldende retningslinjer, og har ukentlige kontroller i starten, deretter hver måned og etter 1-2 år hver tredje måned.

Pasienter med kronisk nyresykdom skal alltid vurderes for transplantasjon dersom nyresvikten utvikler seg til stadium 5. Hvis pasienten kan transplanteres, skal det gjøres en omfattende og logistisk utfordrende utredning. Denne utredningen gjøres i samarbeid med nefrolog og transplantasjonssykepleier.

Kommentarer:

1. I all hovedsak er pasienter med kronisk nyresykdom en stor og komplisert gruppe med mye komorbiditet. Utredning og oppfølging av pasienter med kronisk nyresykdom bør foregå i sykehus med et nyremedisinsk fagmiljø. Hvilke pasienter som evt kan kontrolleres utenfor sykehus må vurderes individuelt, også med henblikk på behov for infrastruktur.
2. Ambulering fra Helgelandssykehuset forutsetter at man har nefrolog ansatt, og omfanget må dimensjoneres ut fra tilgang på ressurser. Uten nefrolog ansatt bør det kjøpes tjenester fra annet sykehus, og evt koordinering av ambulering til dialyse og desentralisert nyrepoliklinikk kan vurderes.

3. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.

Konklusjon: Etablering av en nyremedisinsk poliklinikk i Mosjøen anbefales ikke. Kontroller av kroniske nyrepasienter kan inngå i en eventuell generell indremedisinsk poliklinikk.

### *Side 19: Dialyse videreføres som i dag.*

*Problem vi ønsker løst: lang reisetid og redusert livskvalitet. Dialysepasientene er de sykeste pasientene vi har med hyppige behandlinger over flere timer 3-4 ganger/uke. Nasjonale retningslinjer anbefaler ikke reisetid over 1 time.*

#### Faglig vurdering:

Pasienter som mottar nyreerstattende behandling er alvorlig syke pasienter med et omfattende behov for spesialisthelsetjenester. Dialyse må gjennomføres 4-5 timer 3-4 ganger per uke, og tar svært mye av pasientens tid. Internasjonalt er det angitt at lange avstander fra eget hjem til senter for nyreerstattende behandling kan påvirke både pasientenes livskvalitet og prognose. Regionalt har opprettelse av dialysesatelitter, ambulering og telemedisinske løsninger vært tiltak for å motvirke dette. Det er anbefalt at reisetiden til dialysestasjon ikke overstiger 1 time hver vei.

#### Faglig vurdering:

Det bør være et dialyse tilbud i Mosjøen. Dialysen bør organiseres som en satellitt under et nyremedisinsk fagmiljø for å sikre tilstrekkelig kompetanse og kvalitet. Dersom det i Helgelandssykehuset er ansatt spesialist i nyresykdommer, vil det være naturlig at denne har ansvar for dialysen. Dersom det i Helgelandssykehuset ikke er ansatt spesialist i nyresykdommer, bør tjenesten kjøpes fra annet foretak. Det varierer litt mellom foretakene hvor ofte spesialist i nyresykdommer ambulerer til dialysesatelittene, men anslagsvis en gang i måneden.

Konklusjon: Det anbefales å beholde dialyse i Mosjøen.

### *Slide 20: Nevrologisk poliklinikk videreføres som i dag. Helgelandsfunksjon.*

*Problem vi ønsker løst: Står i fare for å miste nevrologisk fagmiljø på HL. Mosjøen geografiske midtpunkt på HL. Mister vårt gode og etablerte fagmiljø hvis funksjon flyttes, da vil nevrologene flytte fra HL og vi får dårligere nevrologi tilbud til Helgelands befolkning. Ved flytting av funksjon fra Mosjøen vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasientene, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk. Lange ventelister og fristbrudd. Pasientklager og uheldige pasient hendelser kan oppstå pga. lange ventetider.*

#### Kommentarer:

1. Nevrologi er i vedtatt funksjonsfordeling flyttet til Sandnessjøen.
2. Nevrologi er et fagfelt som er viktig i samspill med indremedisin og fysikalsk medisin og rehabilitering, spesielt med tanke på slagpasienter og traumatiske hodeskader.
3. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.

4. Mange nevrologiske pasienter er kronikere og det kan med fordel gis et poliklinisk tilbud til pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Konklusjon: Faget nevrologi flyttes til Sandnessjøen og tilknyttes det indremedisinske fagmiljøet og FMR. Det kan etableres et nevrologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn, avhengig av ressurstilgang og behov.

*Slide 21: Klinisk nevrofysiologi (KNF)-undersøkelser videreføres som i dag. Helgelandsfunksjon.*

*Problem vi ønsker løst: Står i fare for å miste fagmiljøet dersom KNF-tilbudet flyttes fra Mosjøen. Mosjøen geografiske midtpunkt på HL hvilket gir gjennomsnittlige HL-pas. kortere reisetid til KNF-us med påfølgende økonomisk gevinst i sparte reiseutgifter og mindre miljøavtrykk. KNF-teknikere er lok. til MSJ og må være samlokalisert med resten av nevrologien. Fare for å miste vårt gode og etablerte fagmiljø hvis funksjon flyttes, med påfølgende økte reisekostnader for mesteparten av alle pasientene. Behov for å rekruttere helt nytt fagmiljø.*

Kommentarer:

1. Nevrologi som er tett knyttet til nevrofysiologi er i FSU anbefalt å flyttes til Sandnessjøen.
2. Se slide 21.

Konklusjon: Klinisk nevrofysiologiflyttes til hovedsykehuset. Det kan eventuell etableres noe poliklinisk virksomhet i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov.

*Slide 22: Søvnlaboratorium videreføres som i dag. Helgelandsfunksjon.*

*Problem vi ønsker løst: Står i fare for å miste fagmiljøet dersom søvnlab-tilbudet flyttes fra Mosjøen. Mosjøen geografiske midtpunkt. på HL. Hvis nevrologene flytter fra HL, får vi et dårligere søvnutredningstilbud til HLs befolkning. Ved flytting av funksjon fra Mosjøen vil det bli gjennomsnittlig lengre reisevei for Helgelands pasientene, samt økte reisekostnader og større miljøavtrykk. Lange ventelister og fristbrudd. Pasientklager og uheldige pasienthendelser kan oppstå pga. lange ventetider.*

Kommentarer:

1. Se under nevrologi, kommentar til slide 20
2. Se under OSAS, kommentarer til slide 13.
3. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene pga. hyppigere fravær av helsepersonell i sykehusene.

Konklusjon: Søvnlaboratoriet anbefales flyttet til Sandnessjøen

*Slide 23: Utdanne/ansette nevrologisk sykepleier.*

*Problem vi ønsker løst: kapasitetsutfordringer for nevrologene (burde hatt 1 nevrolog pr 15000 innbygger= 5 nevrologer på Helgeland) Oppgaveglidning fra nevrolog til nevrologisk sykepleier: selekterte nevrologiske konsultasjoner samt for eksempel selekterte Botox-injeksjoner kan løse noe av dette. Vi er eneste sykehus uten nevrologisk sykepleier. Forbedre kvalitet på oppfølging av bla. pas med Parkinson, epilepsi og hodepine og få på plass fast kursleder for nevrologiske LMS-kurs.*

Kommentarer:

1. Se under nevrologi, kommentar til slide 20
2. Nevrologi betjener mange kronikere og et poliklinisk tilbud kan med fordel etableres for slike pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Konklusjon: En nevrologisk sykepleier kan eventuell ansettes i hovedsykehuset og bidra med å gi tjenester til kronikere i Mosjøen, Grane og Hattfjelldal.

*Slide 24: CT/MR- (i forhold til nevrologiske utredninger)*

*Problem vi ønsker løst: Uten CT/MR vil man ikke kunne gi et godt nok nevrologisk tilbud til Helgelands befolkning. Mosjøen er sentralt på HL som gir gjennomsnittlig kortere reisetid for pas, samt økonomiske besparelser og mindre miljøavtrykk. CT og MR er en absolutt nødvendighet i forbindelse med utredning og oppfølging /monitorering av nærmest ALLE nevrologiske problemstillinger.*

Kommentarer:

1. Se under nevrologi, kommentar til slide 20
2. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland.
3. Det er ikke foreslått å ha CT eller MR i Mosjøen i faglig strategisk utviklingsplan (FSU).
4. Akutte nevrologiske tilfeller skal i all hovedsak behandles i sykehusene.

Konklusjon: CT og MR utredninger hos nevrologiske pasienter skal med fordel utføres i hovedsykehuset der det nevrologiske fagmiljøet vil være i framtiden.

*Slide 25: Kreft- og infusjonspoliklinikk (KIP) videreføres som i dag.*

*Problem vi ønsker løst: Unngå lang reisevei og belastning for en veldig syk/sårbar gruppe med behov for tett vurdering, behandling og oppfølging*

Faglig vurdering:

Kreft- og infusjonspoliklinikken er et dagtilbud for en rekke pasientgrupper. Det gis cellegift og immunterapi til pasienter med mange ulike kreftformer, immunologiske legemidler til pasienter med kroniske sykdommer som f.eks revmatoid artritt og MS, men også mindre kompliserte infusjoner som f.eks jern, blod og væske.

Kreft- og infusjonspoliklinikken er bemannet med kreftsykepleiere (evt med tillegg av andre sykepleiere), og har legestøtte som er organisert litt forskjellig i Helgelandssykehuset.

Pasienter med kreft og annen kronisk sykdom som får sin behandling på kreft- og infusjonspoliklinikken, skal ha en behandlingsansvarlig lege. For kreftbehandling er det i mange tilfeller kreftleger i Bodø eller Tromsø som har igangsatt og planlagt kuren, men det er vanligvis en lokal lege som signerer på ordinasjonene og kontrollerer at det ikke er kontraindikasjoner. Moderne kreftbehandling er ganske komplisert, og spesielt immunterapi gir et bredt spekter av bivirkninger som det ofte blir spørsmål om på kurdager. Lungekreftbehandling styres i stor grad av lungelegene selv, og den fortløpende evalueringen krever spesialistkompetanse.

Immunologisk behandling av f.eks revmatoid artritt har et tilsvarende pasientforløp hvor behandlingen som hovedregel er initiert av revmatolog, men lokal lege signerer på ordinasjonen og er ansvarlig for den aktuelle infusjonen.

Faglig vurdering:

Kreft- og infusjonspoliklinikk bør opprettholdes i Mosjøen av hensyn til at det er et tilbud til kronisk syke pasienter med behov for hyppig helsehjelp.

Nøyaktig hvordan det skal organiseres med legestøtte må utredes nærmere. Det er opprettet et tilsvarende tilbud på DMS Brønnøysund, og det er vel fornuftig å se hvordan driften der er planlagt. Det som må avklares er hvem som skal signere på kur/infusjon, hvem som skal kontaktes ved komplikasjoner osv. Det er avgjørende at helsehjelpen som gis er forsvarlig, og at ansvarsforholdene er tydelig avklart.

For de aller fleste behandlinger er det tilstrekkelig at pasienten har tatt blodprøver hos fastlegen f.eks to dager tidligere, men det kan være behov for å kontrollere enkelte prøver samme dag. Prøvene det kan være behov for å kontrollere samme dag er CRP, hemoglobin, leukocytter og trombocytter, kreatinin, natrium, kalium. Dette kan løses på to måter, enten ved vanlig lab dersom det beholdes i Mosjøen som i dag, eller ved PNA (pasientnær analyse). Hva som er den mest fornuftige løsningen må vurderes ut fra et helhetlig bilde. Se for øvrig separat vurdering av lab.

Kommentarer:

1. Innspillet er i tråd med anbefaling i faglig strategisk utviklingsplan (FSU).
2. Det er riktig å gi desentrale tjenester til kronikere og kreftpasienter.

Konklusjon: Det anbefales at kreft- og infusjonspoliklinikk videreføres som i dag under forutsetningene beskrevet ovenfor.

*Slide 26: Innspill: Etablere palliativt team med Helgelandsfunksjon.*

*Problem vi ønsker løst: Palliativt team mangler i stor grad på Helgeland, og vil være et godt tilbud til palliative pasienter som vil være hjemme, men som har kompliserte behov.*

Faglig vurdering:

Palliasjon er å gi best mulig symptomlindring, pleie, omsorg og livskvalitet til pasienter med uhelbredelig sykdom.



Palliasjon er tverrfaglig og involverer mange forskjellige yrkesgrupper. I tillegg til lege og sykepleier med spesialkompetanse på palliasjon, bidrar klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, sosionom og prest.

Palliativt team gir bistand når pasienten er innlagt i sykehus, men samarbeider også tett med den kommunale helsetjenesten (kreftkoordinator, kreftsykepleier, hjemmetjeneste, sykehjem og fastleger).

Palliativt team er et tverrfaglig tilbud som er viktig å ha i sykehus. Å opprette helgelandsfunksjon i Mosjøen, utenfor sykehuset, vil gi et dårligere behandlingstilbud for alle pasienter som er innlagt med uhelbredelig sykdom. Det vil være en bedre løsning å styrke samarbeidet mellom den kommunale kreftomsorgen og palliativt team i sykehuset.

Kommentarer:

1. Palliative team har en viktig oppgave i kreftbehandlingen og samarbeider med primærhelsetjenesten, men også tverrfaglig i sykehusene. Med fordel etableres teamet der det er sengeplasser.
2. Nye funksjoner skal som hovedregel skal legges til hovedsykehuset, men forutsetter at en helhetlig vurdering der faglige hensyn og hensynet til rekruttering og stabilisering vektlegges, jfr. vedtaks punkt 4. styresak 109-2021 HN RHF.

Konklusjon: Palliative team anbefales etablert i sykehusene med oppdrag å samarbeide med alle kommuner på Helgeland. Tilbudet eksisterer allerede i HSYK.

#### *Slide 27: Intermediær sengepost i samarbeid med primærhelsetjenesten*

*Problem vi ønsker løst: Manglende sengetilbud vil gi unødig lang reisevei for pasienter som ikke trenger behandling eller observasjon på et akutt sykehus.*

Kommentarer:

1. Vedtaket åpner ikke for et sengetilbud i spesialisthelsetjenesten i Mosjøen.

Konklusjon: Ikke i tråd med vedtaket.

#### *21: Slide 28: Stabiliseringsfunksjon akutt dårlige pasienter*

*Problem vi ønsker løst: Manglende mulighet for lokal stabilisering av dårlige pasienter med behov for rask medisinsk eller kirurgisk hjelp, dersom tilbudet fjernes.*

Kommentarer:

1. Vaktberedskap for akutte pasienter bør ligge hos sykehusene med mulighet for omfattende diagnostikk og intervensjon.
2. Stabilisering av akutt syke pasienter gjøres av prehospital klinikk under transport.
3. En mellomstopp i Mosjøen kan være en pasientfelle.
4. Stabiliseringsfunksjon er ikke anbefalt i FSU.
5. Vaktberedskap er en veldig stor kostnadsdriver.

Konklusjon: Det anbefales ikke å etablere vaktberedskap i Mosjøen for å stabilisere pasienter.

### *Slide 30: Hudpoliklinikken skal være i Mosjøen*

*Problem vi ønsker løst: Ta vare på det regionale tilbudet, bevare fagmiljøet i Mosjøen, hindre at befolkningen får et dårligere dermatologisk tilbud.*

1. Dermatologi er i faglig strategisk utviklingsplan vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud innen dermatologi vil derfor betjenes gjennom ambulering fra Sandnessjøen. Størrelse på et eventuelt poliklinisk dermatologisk tilbud i Mosjøen vil være avhengig av ressurstilgang og behov.

Konklusjon: Det anbefales å flytte det dermatologiske fagfeltet til Sandnessjøen og eventuell å etablere polikliniske tjenester i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov. Det kan vurderes lysbehandling i Mosjøen som i dag.

### *Slide 31: Oftalmologisk avdeling må være i Mosjøen*

*Problem vi ønsker løst: Beholde fagmiljøet og personell. Unngå at befolkningen i Vefsn, Grane, Hattfjelldal, Sandnessjøen og Mo i Rana får et dårligere oftalmologisk tilbud da det ikke finnes annen kapasitet på Helgeland.*

Kommentarer:

1. Oftalmologi er i FSU anbefalt å flyttes til Sandnessjøen
2. Kompetanse til øyeleger er nyttig i tverrfaglig behandling av pasienter. (diabetes, slag, rehabilitering)
3. Pasienter med kroniske øyesykdommer fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn kan tas hensyn til i vurderingen av et eventuelt poliklinisk tilbud.
4. En dublering av oftalmologisk utstyr er en stor kostnadsdriver.

Konklusjon: Faget oftalmologi anbefales i tråd med FSU flyttet til hovedsykehuset. Et begrenset tilbud for kroniske pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn kan vurderes i forhold til ressurstilgang og behov.

### *Slide 32: Urologisk poliklinikk*

*Problem vi ønsker løst: Beholde fagmiljø og personell. Stort fagmiljø! Unngå at befolkningen i Vefsn, Grane, Hattfjelldal, Sandnessjøen og Mo i Rana får et dårligere urologisk tilbud da det ikke finnes annen kapasitet på Helgeland.*

Kommentarer:

1. Det er vedtatt at urologi flyttes til Sandnessjøen.
2. FSU anbefaler å flytte urologi til Sandnessjøen.
3. Det er viktig at det urologiske fagmiljøet tilknyttes det kirurgiske miljøet i hovedsykehuset.

4. Urologisk poliklinikk forutsetter tilgang til mye utstyr og støttepersonell.
5. Polikliniske urologiske tjenester fortrinnsvis for kronikere og eldre kan vurderes å legges til Mosjøen.

Konklusjon: Faget urologi skal flyttes til hovedsykehuset. Noen polikliniske urologiske tjenester kan vurderes å gis i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov.

*Slide 33: Kirurgisk poliklinikk med sårpoliklinikk, operasjonsstue, gjennomlysning, røntgen, CT og gipsestue*

*Problem vi ønsker løst: Beholde kirurgisk poliklinikk i Mosjøen. Unngå lang reisevei for pasienter fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Beholde kirurger og sykepleiere med lokal tilknytning.*

Kommentarer:

1. Det er vedtatt at generell kirurgi skal flyttes til Sandnessjøen.
2. Det er ønskelig med å kunne gi et poliklinisk tilbud til pasienter med sammensatte og langvarige lidelser i Mosjøen. Sårpasienter faller i denne kategorien.
3. Å behandle pasienter med skader som for eksempel brudd er ikke direkte omtalt i FSU men vurderes å ligge i utenfor intensjonen i vedtaket.
4. Et spesialrom til mindre polikliniske prosedyrer i Mosjøen må vurderes i forhold til avhengigheter til støttepersonell og utstyr (sykepleierkompetanse, mulighet for sterilisering av utstyr og lagerføring av utstyr og engangsmateriell). Dette har også en økonomisk konsekvens.
5. Innspillet er delvis i strid med vedtaket i forhold til akutt pasienter.

Konklusjon: Etablering av rom til generell kirurgisk poliklinikk fortrinnsvis for kronikere og eventuell enkle prosedyrer kan vurderes. Det anbefales ikke å legge til rette for å ta imot akutt pasienter i regi av spesialisthelsetjenesten i Mosjøen.

*Slide 34: Dagkirurgi, beholde dagkirurgi med anestesiberedskap på dagtid*

*Problem vi ønsker løst: Beholde nøkkelpersonell i Mosjøen. Opprettholde et godt tilbud til Vefsn, Grane og Hattfjelldal.*

Kommentarer:

1. Det er vedtatt at generell kirurgi skal flyttes til Sandnessjøen.
2. Vedtaket åpner ikke for å drive dagkirurgi i Mosjøen.
3. Det er viktig å forene fagmiljøene i Mosjøen og Sandnessjøen derunder også anestesileger, anestesisykepleiere og operasjonssykepleier.
4. Dagkirurgi er ikke et tilbud som gjelder kronikere.

Konklusjon: Dagkirurgisk virksomhet fra Mosjøen flyttes til Sandnessjøen.

*Slide 36: Innspill: Utføre «Småinngrep» på poliklinikken med assistanse av operasjonssykepleier*

*Problem vi ønsker løst: Pasienter slipper unødig reising.*

Kommentarer:

1. se slide 33
2. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland.

Konklusjon: Se konklusjon til slide 33.

*Slide 38: Etablere mobil enhet med anestesi/intensivkompetanse (intensivambulanse, akuttbil etc) i MSJ*

*Problem vi ønsker løst: Mangler i dag en forberedt beredskap/kapasitet for transport av intensivpasienter.*

Faglig vurdering:

**«Intensivambulanse»** med anestesi- eller intensivsykepleier er i flere innspill foreslått som kompenserende tiltak ved nedleggelse av akutfunksjon i Mosjøen. Dette tolkes her som en vanlig ambulanse som blir forsterket med spesialsykepleier. En erfaren anestesi- eller intensivsykepleier vil kunne gi verdifull hjelp ved akutte respiratoriske- og/eller sirkulatoriske problemer, og kan også bidra til å heve kompetansen til legevakt og ambulanspersonell. Det vil være hensiktsmessig å undersøke om dette er et tilbud som finnes i andre foretak.

Konklusjon: Etablering av intensivambulanse/akuttbil kan vurderes som kompenserende tiltak innen prehospitale tjenester. .

*Slide 39: Stabiliseringssenger i samarbeid med Vefsn kommune event. interkommunalt med Grane og Hattfjelldal 24/7 –tidskritiske tilstander. Samtidighetskonflikter, kapasitetsproblemer på ambulanse, kompetanse på ambulanspersonell*

*Problem vi ønsker løst: Stabilisering av medisinske pasienter med organsvikt før videre transport.*

Kommentarer:

1. Det er vedtatt at faget indremedisin skal flyttes til Sandnessjøen.
2. Vaktberedskap for akutte pasienter bør ligge hos sykehusene med mulighet for omfattende diagnostikk og intervensjon.
3. En mellomstopp i Mosjøen kan være en pasientfelle.
4. Innspillet er i strid med vedtaket.

5. Det vil gjennomføres kompensierende tiltak for avvikling for akuttfunksjoner i Mosjøen i klinikken for prehospitale tjenester.

Konklusjon: Å etablere stabiliseringsenger i Mosjøen er i strid med vedtaket og anbefales ikke.

#### *Slide 40: Sterilsentral opprettholdes*

*Problem vi ønsker løst: Opprettholde drift med nødvendig tilførsel av sterilt utstyr. Nødvendig for all virksomhet poliklinisk og på døgnbasis.*

Kommentarer:

1. Sterilsentral er i all hovedsak tilknyttet operasjonsaktivitet som flyttes til Sandnessjøen.
2. Dublering av utstyr er en stor kostnadsdriver.

Konklusjon: Lokale steriliseringsmuligheter for utstyr tilknyttet poliklinisk virksomhet kan vurderes mot at utstyret steriliseres på hovedsykehuset og transporteres.

#### *Slide 42: Opprettholde radiologisk tilbud i MSJ*

*Problem vi ønsker løst: unngå reisetid for pas, beholde konvensjonell røntgen, ultralyd, CT og MR. Unngå kostnader ved flytting av kostbart utstyr, dyr ombygging. Unngå reisekostnader for pas, avklare brudd i MSJ og unngå transport unødig, opprettholde godt samarbeid med miljøet i MSJ, hjerneslag, mange pas med kreftkontroller, kronikere mm.*

Faglig vurdering:

Faglig strategisk utviklingsplan kapittel 9.6 Bildediagnostikk beskriver utfordringene med å drifte flere små enheter:

- Økt behov for spesialkompetanse som følge av økt kompleksitet
- Økt behov for samarbeid mellom radiograf og radiolog
- Behov for tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper
- Fagutvikling skjer i høyt tempo
- Vanskelig rekruttering

Arbeidsgruppen anbefaler å ha et robust fagmiljø i Helgelandssykehuset som kan fungere som et «nav», med en bemanning som muliggjør ambulerende virksomhet både til DMS Brønnøysund og til eventuelt poliklinisk bildediagnostisk tilbud i Mosjøen, samtidig som den faglige kompetansen sikres. Bildediagnostikk må støtte opp under valg av funksjoner og aktiviteter som skal knyttes til lokasjonene, og skal gi et samlet tilbud med god kvalitet til innbyggerne på Helgeland.

Faglig vurdering:

Det bildediagnostiske tilbudet i Mosjøen må, som arbeidsgruppen foreslår, tilpasses det øvrige polikliniske tilbudet som skal være i Mosjøen. Dersom det skal planlegges for et «fullskala» poliklinisk

tilbud i alle spesialiteter som i dag, bare redusert i volum, må det bildediagnostiske tilbudet samsvare.

Det vil f.eks ikke være meningsfullt å ha utredning av nevrologiske pasienter i Mosjøen uten å ha tilgang på MR. Omvendt vil det ikke være nødvendig å ha MR i Mosjøen dersom det nevrologiske fagmiljøet hovedsakelig skal være i sykehuset. Tilsvarende gjelder med f.eks lungepasienter og CT. Å utrede pasienter for KOLS og lungekreft uten å ha tilgang til CT er ikke holdbart. Omvendt vil det ikke være det samme behovet for CT lokalt dersom lungepasientene i hovedsak skal utredes i sykehus.

Det kan være fornuftig å skille mellom utredning og kontroll. Utredning vil i større grad kreve tilgang til bildediagnostikk, annen infrastruktur og tverrfaglig samarbeid. Da kan man f.eks planlegge for at utredning som hovedregel foregår i sykehus, og så kan evt kontroller desentraliseres ved behov. Det vil naturligvis være tilfeller hvor det er nødvendig med bildediagnostikk på kontroller også, men det er mulig å planlegge hvor pasienten skal kontrolleres neste gang (desentralisert eller i sykehus).

Kommentarer:

1. Det radiologiske tilbudet i Mosjøen vurderes opp mot behovet innenfor poliklinisk virksomhet, behovet for røntgentjenester i primærhelsetjenesten og eventuelt behov for CT i forbindelse med diagnostisering av hjerneslag.
2. MR undersøkelser er ikke tiltenkt Mosjøen i FSU.
3. Det er viktig at de radiologiske miljøene i Mosjøen og Sandnessjøen forenes.
4. Dublering av radiologisk utstyr er en betydelig kostnadsdriver.

Konklusjon: I tråd med FSU anbefales å etablere vanlig røntgentjeneste i Mosjøen på dagtid, men ikke MR. CT vurderes i forhold til akutt slagbehandling i samarbeid prehospitale tjenester og primærhelsetjenesten.

#### *Slide 43: Innspill: Konvensjonell røntgen*

*Problem vi ønsker løst: Fortsatt ha tilbud om konvensjonell røntgen i MSJ med store nok lokaler til senge/båre-fotografering, gjennomlysning for eksempel oesofagus, OVD, uretragrafi, pyelografi, miksjonscystografi mm.*

Kommentarer:

1. Konvensjonell røntgen i Mosjøen er anbefalt i FSU.
2. Fagspesifikke spesialundersøkelser bør i all hovedsak utføres der fagmiljøene er lokalisert som vil være i sykehusene.
3. Innspillet er i tråd med FSU

Konklusjon: Det anbefales å etablere konvensjonell røntgen i Mosjøen som utfører undersøkelser tilpasset behov for polikliniske tjenester og primærhelsetjenesten på dagtid. Spesialundersøkelser bør utføres i sykehusene.

#### *Slide 44: Ultralyd*

*Problem vi ønsker løst: Fremdeles drift av UL i MSJ*

Kommentarer:

1. Ultralydundersøkelser i Mosjøen er anbefalt i FSU.
2. Ultralydundersøkelser krever radiolog tilstede.
3. Innspillet er i tråd med FSU.

Konklusjon: Det kan vurderes å utføre ultralydundersøkelser i Mosjøen avhengig av tilgang til ressurser og behov.

*Slide 45: CT*

*Problem vi ønsker løst: Fremdeles drift på CT MSJ, Hvorfor er CT i Mosjøen kun en opsjon?*

Mer omfattende faglig vurdering se under slide 11 innspill AKM.

Kommentarer:

1. CT er et viktig diagnostisk verktøy både elektiv og akutt og en viktig faktor i behandling av hjerneslag.
2. CT maskiner er en stor kostnadsdriver og fordeling av CT maskiner i fremtidens Helgelandssykehuset må vurderes med tanke på utnyttelsesgrad, stabilitet av tilbudet ved utfall av en maskin og avstander.

Konklusjon: CT tilbudet i Mosjøen må vurderes opp mot nevnte kriterier. Se tidligere kommentarer og konklusjonen i hoveddokument.

*Slide 46: MR*

*Problem vi ønsker løst: Polikliniske MR-undersøkelser kan utføres i MSJ slik som i dag. Allerede etablert samarbeid med bla. a. urologer om MR-prostata, nevrologer om ulike MR-undersøkelser.*

Kommentarer:

1. MR i Mosjøen er ikke anbefalt i FSU
2. MR maskiner er store kostnadsdrivere.
3. MR maskiner burde plasseres der fagmiljøene som trenger og driver med avanserte undersøkelser er, på sykehusene.

Konklusjon: MR maskiner bør plasseres kun i sykehusene.

*Slide 47: Innspill: CT Koronar Angiografi Med Helgelandsfunksjon i samarbeid med kardiolog*

*Problem vi ønsker løst: pasientreisetid*

Kommentarer:

1. Se kommentar slide 16.

*37: Slide 48: Helgelandsfunksjoner (Urologi, Hud, Øye, Nevrologi, PlastKirurgi)*

*Problem vi ønsker løst: Fortsette poliklinisk drift av Helgelandsfunksjoner*

Kommentarer:

1. Helgelandsfunksjoner i Mosjøen flyttes til hovedsykehuset i Sandnessjøen (vedtak og FSU)
2. Et eventuelt poliklinisk tilbud innen urologi, hud, øye, nevrologi og plastikk kirurgi vil derfor betjenes gjennom ambulering fra Sandnessjøen. Størrelse på et poliklinisk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. En for stor aktivitet på poliklinikken i Mosjøen vil kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
3. Mange av helgelandsfunksjonene som i dag er i Mosjøen krever spesialrom og utstyr som er kostnadsdrivere.
4. Det polikliniske tilbudet i Mosjøen burde være et tilbud for pasienter fra Gran Hattfjelldal og Vefsn med sammensatte og langvarige sykdommer.
5. Se forøvrig tidligere kommentarer i dokumentet.

Konklusjon: Det anbefales å etablere polikliniske tjenester i Mosjøen for fortrinnsvis kronikere og kreftpasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

*Slide 49: Beholde aktuelle Helgelandsfunksjoner i Mosjøen*

*Problem vi ønsker løst: Dårligere tilbud for alle(!) Helgelandspasienter hvis funksjonene flyttes.*

Kommentarer:

1. Helgelandsfunksjoner i Mosjøen flyttes til hovedsykehuset i Sandnessjøen (vedtak og FSU)
2. En av hovedintensjonene i vedtaket er at fagmiljøene i Mosjøen og Sandnessjøen forenes.
3. Innspillet er i strid med vedtaket.

Konklusjon: Helgelandsfunksjoner skal flyttes til hovedsykehuset. Det kan vurderes polikliniske tjenester i Mosjøen innenfor fagene. Se for øvrig slide 48.

Side 50, 51 og 52: Innspill fra radiolog Klaus Becker

Kommentarer:

1. Vedtaket om ett sykehus på to lokalisasjoner pluss DMS i Brønnøysund tar tilstrekkelig hensyn til den spredte befolkningen på Helgeland. En ytterligere desentralisering av tjenesten vil kunne svekke fagmiljøene på sykehusene.
2. Det er ønskelig med polikliniske tjenester i Mosjøen for pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn fortrinnsvis kronikere.



3. Studier viser at det er best for pasienten å få transport rett til sykehus som opererer lårhalsbrudd hvis definerte kliniske kriterier foreligger. Disse pasienter skal ikke innom Mosjøen i dag og sannsynligvis heller ikke i fremtiden.
4. CT undersøkelser i Mosjøen hos slagpasienter er et viktig innspill.
5. Akutt abdomen er en akuttkirurgisk tilstand som med fordel diagnostiseres og behandles i sykehus med akuttkirurgisk beredskap. Som oss bekjent foreligger ingen studier som peker på en annen pasientløype for slike pasienter.

#### *Slide 54: Innspill: Opprettholde laboratorietilbud som i dag*

*Problem vi ønsker løst: Analysere blodprøver som matcher det pasient tilbudet som gis v/HSYK MSJ i fremtiden og unngå at prøvene MÅ bli sendt til Sandnessjøen, Mo eller Bodø for analysering. Smidigheten i behandlingen opprettholdes. Tilbudet til PHT og sykehjemmene i V, G og H opprettholdes. Ekstern poliklinikk var i 2021 49% og i 2019 utgjorde det 56% av våre analyser.*

#### Faglig vurdering:

Fødeavdelingen i Stokmarknes ble nylig midlertidig nedgradert til fødestue pga mangel på bioingeniører. I tillegg til at hele Vesterålen (og Lofoten som også bare har fødestue) var uten operativ fødeavdeling, ble en rekke akuttpasienter sendt fra Stokmarknes til Nordlandssykehuset i Bodø fordi det ikke var tilgang til lab og blodprodukter på natt. NITO (Norges Ingeniør- og Teknologi Organisasjon) uttaler at det er nasjonal mangel på bioingeniører og at «nedstenging av fødeavdelingen i Stokmarknes bare er begynnelsen».

Nærhet til tjenesten må alltid veies opp mot kvaliteten på tilbudet som kan gis desentralisert kontra i sykehus. Kvalitet avhenger av mange forhold, men tilstrekkelig ressurser (personell, medisinsk teknisk utstyr, driftsmidler) og kompetanse (rett kompetanse, nok kompetanse) er de viktigste. Når det er lite tilgang på begge deler, både ressurser og kompetanse, vil desentralisering utgjøre en risiko. Både for kvaliteten på det desentrale tilbudet, men også for det totale tilbudet som Helgelandssykehuset skal gi til befolkningen på hele Helgeland.

**Faglig strategisk utviklingsplan kapittel 9.7 Laboratoriemedisin og blodbank** beskriver flere utfordringer med dagens laboratorietjeneste. En av utfordringene er sending av prøver. Både at det må sendes mange prøver videre i Helse Nord og ut av regionene fordi det er begrenset tilbud i foretaket, men også utfordringer knyttet til selve sendingen (begrenset antall flyruter, kansellerte flygninger pga værforhold, lang svartid på prøvene). Dersom man ved å samle lab-tjenesten i Mosjøen og Sandnessjøen oppnår at flere prøver kan analyseres på Helgeland istedenfor å sendes videre, kan det gi et bedre totaltilbud til alle og bør vurderes.

#### Behovet for laboratorietjenester i Mosjøen

**For pasientene** har det liten betydning hvilken lab som analyserer prøvene de tar hos fastlege.

**For fastlegene** er det viktig å få svar innenfor rimelig tid, helst samme dag og senest neste dag (vanlige prøver som analyseres i Helgelandssykehuset). Det burde være mulig å organisere.

**Ved ambulering/desentralisert spesialistpoliklinikk** kan prøvene stort sett tas uken før, men det er enkelte unntak. Pasienter med kronisk nyresykdom skal nesten alltid ha venøs blodgass, og det kan

ikke tas som sendeprøve. Som beskrevet under poliklinikk må tjenestene som skal tilbys i Mosjøen være tilpasset hverandre (lab-radiologi-poliklinikk). Jo mer poliklinikk det planlegges, jo større blir behovet for støttefunksjoner. I tillegg bør det alltid vurderes hvilke pasienter som kan kontrolleres desentralisert, og hvilke som bør kontrolleres i sykehus.

**På kreft- og infusjonspoliklinikken** er det for de aller fleste behandlinger tilstrekkelig at pasienten har tatt blodprøver hos fastlegen f.eks to dager tidligere, men det er noen prøver som det bør være tilgang til å kontrollere samme dag ved behov. Det gjelder CRP, hemoglobin, leukocytter og trombocytter, kreatinin, natrium, kalium. Dette kan løses på to måter, enten ved PNA (pasientnær analyse) eller ved vanlig lab. På DMS Brønnøysund er det til sammenligning ikke planlagt egen lab-tjeneste, men PNA og samarbeid med den kommunale helsetjenesten. Det kan vurderes også i Mosjøen.

**På dialysen** kontrolleres alle pasienter med blodprøver en gang i måneden. Prøvene trenger ikke å tas samme dag. Pasienter med kronisk nyresykdom har ofte syre-/baseforstyrrelser, og pasienter som får dialyse i sykehus får derfor kontrollert syre-/base med en venøs blodgass på månedskontrollen. Denne prøven kan ikke sendes. På dialysesatelitten i Brønnøysund blir månedsprøvene tatt på fastlegekontoret, uten venøs blodgass. Kompenserende tiltak kan være at alle pasienter som får dialyse på en satellitt kommer til månedskontroll i sykehus. Et annet alternativ kan være å ha en blodgassmaskin, men jeg har ikke tilstrekkelig lab-kompetanse til å si om det er et fornuftig alternativ. Det går an å undersøke hvordan andre dialysesatelitter i Helse Nord gjør det med blodprøvekontroll/venøs blodgass.

**Blodbanken** har flere oppgaver. Tapping av blodgivere, terapeutiske tappinger (veneseccio) og levering av blod til transfusjoner. I tillegg til blodprøver av de som skal gi og få blod.

- Tapping av blodgivere er viktig for å ha nok blod til pasienter som trenger transfusjon. Det er foreslått enten tappetasjon eller tappebuss. Det bør være et tilbud for å gi blod lokalt for å opprettholde et tilstrekkelig antall blodgivere. Terskelen for å gi blod vil ganske sikkert øke hvis blodgivere i Mosjøen må kjøre til Sandnessjøen eller Mo i Rana for å gi blod.
- Terapeutiske tappinger gjøres i begrenset omfang. I FSU er det anført 30 prosedyrer/år. Prosedyren kan også gjøres i regi av fastlege (egen prosedyretakst i allmenntjenesten).
- Utlevering av blod er det antagelig ikke behov for når det ikke er planlagt senger eller akuttfunksjon. Ved akutt blødning bør pasientene til sykehus. Transfusjon av pasienter med kronisk anemi (kreft, hematologisk sykdom osv) kan vanligvis vente til neste dag.

**Mikrobiologi** er et viktig hjelpemiddel for korrekt diagnostikk og behandling av infeksjon. I sykehus er blodkultur (BactAlert og FilmArray/PCR) helt essensielt på innlagte pasienter med alvorlig infeksjon, men har ingen plass i poliklinikken eller primærhelsetjenesten. Ved sepsis tas blodprøven prehospitalt før oppstart av antibiotika, og prøven sendes deretter med pasienten i ambulansen til sykehus. Tilsvarende gjelder FilmArray/PCR av spinalvæske, som er svært nyttig ved meningittdiagnostikk på innlagte pasienter, men ikke relevant utenfor sykehus.

Luftveisdiagnostikk med FilmArray/PCR har økt voldsomt de siste par årene i forbindelse med Cov-19 pandemien, og tas på stort sett alle pasienter som blir innlagt med luftveissymptomer. I tillegg til SARS-Cov2 kan de fleste luftveisvirus påvises på FilmArray/PCR, som f.eks influensa, RS-virus osv. På innlagte pasienter hvor det får en umiddelbar konsekvens, enten som ledd i diagnostikk eller for å avklare behov for isolasjon, analyseres prøven lokalt ved hurtig-PCR som gir svar i løpet av 1 time. Alle andre luftveis-PCR sendes til Nordlandssykehuset.

Alle urindyrkninger sendes til Nordlandssykehuset, både fra sykehuset og primærhelsetjenesten. Alle andre dyrkningsprøver sendes også til Nordlandssykehuset.

Oppsummert er det hovedsakelig innlagte pasienter som har behov for den mikrobiologiske diagnostikken vi gjør i Helgelandssykehuset per i dag. De prøvene som er relevante for poliklinikk og primærhelsetjeneste sendes til Nordlandssykehuset.

Kommentarer:

1. FSU: I konseptfasen må laboratoriemedisinsk aktivitet i Mosjøen utredes i sammenheng med etablering av poliklinisk somatisk tilbud.
2. Det er ikke nødvendig å ha et fullverdig laboratorium lokalt for å utøve elektive polikliniske tjenester. God planlegging og prøvetaking dagen før, hjemme eller hos fastlegen, kan være gode løsninger, spesielt for pasienter som skal få infusjonsbehandlinger.
3. PNA (pasientnære analyser) kan være et alternativ i de tilfelle det er fordelaktig å ha raske prøvesvar også innenfor prehospitale tjenester.
4. Et laboratorium er en stor kostnadsdriver.

Konklusjonen: Laboratoriemedisinsk aktivitet i Mosjøen tilpasses de polikliniske tjenester som skal etableres, fortrinnsvis som PNA.

*Slide 55: Lab, hematologi/koagulasjon/klinisk kjemi m/blodgass og immunoassey*

*Problem vi ønsker løst: Skal kunne serve KIP, medpol, dialyse, nevropol, dagkirurgi, intermediærsenger og PHT innen de fagområdene vi har i dag. Vil raskt kunne stille diagnoser og igangsette behandling v/hj.slag/hj.blødning, sepsis, meningitter og infarkter. Canserpasvil få rask og adekvat behsamme dag uten at pr sendes bort for analyse. Lungepasienter og apnoepas vil kunne få tatt sine blodprøver i Msj.*

Kommentarer og konklusjon se slide 54.

*Slide 56: Laboratorietilbud innen mikrobiologi som i dag*

*Problem vi ønsker løst: Tidlig diagnostikk ved sepsis, meningitt og virusinfeksjoner. Utføres i dag ved at blodkulturer innkuberes i BactAlert og bakterier identifiseres på FilmArrey. Virus og bakt i spv identifiseres på FilmArrey. Bør opprettholdes*

Kommentarer og konklusjon se slide 54.

*Slide 57: Blodbanken i MSJ ikke bare en tappetasjon.*

*Problem vi ønsker løst: Viktig at vi fortsatt skal kunne type&Screenepasienter hos oss. Mesteparten av blodet vi i dag gir, tranfunderestil canserpasienter og andre kronikere.*

*Pasientgruppen må slippe unødig venting og fram og tilbakereiser for prøvetaking og transfusjoner.*

Kommentarer:

1. FSU anbefaler blodbanker i Sandnessjøen og Mo i Rana, tappestasjon, eventuell tappebuss i Mosjøen.
2. Allerede i dag sendes blod fra Sandnessjøen til enkelte sykehjem for pasienter som ikke kan reise til sykehuset.
3. se for øvrig kommentarer slide 54.

Konklusjon: Det anbefales blodbanker i sykehusene og tappestasjon eller blodtappebuss i Mosjøen

*Slide 58: Tapping, produksjon av blod inkl. trc prod og tromocyttaferese og plasmaferese*

*Problem vi ønsker løst: Godt og stabilt blodgiverkorps i MSJ som kan utnyttes mye bedre (i dag ca 1,5 giving pr. år –max4) Viktig ikke å miste givere, heller verve flere. Ferdig produksjon av blodkomponenter og ikke bare tapping. Plasmaferese, trc.afereose og trc.prod fra buffycoater fullt mulig. Givere kan tas mot både på dagtid og ettermiddag*

Kommentarer:

1. FSU anbefaler blodbanker i Sandnessjøen og Mo i Rana, tappestasjon, eventuell tappebuss i Brønnøysund og Mosjøen.
2. FSU anbefaler etablering av produksjon av egne trombocytter. Enten på en eller begge sykehuslokalisasjoner.
3. Se vurdering og kommentarer slide 54.

Konklusjon: Det anbefales å følge FSU med tanke på etablering av blodbanker og mulighet for produksjon av trombocytter i Helgelandssykehuset, med tappestasjon eller buss i Mosjøen.

*Slide 59: Innspill: Opprettholde tilbud om venesectio MSJ*

*Problem vi ønsker løst: Unngå reiser for pas som tilhører MSJ og som har behov for terapeutisk tapping. Tilbudet skal kunne gis uten at pas må ta unødvendig fri fra jobb for de yrkesaktive og uten «tunge» reiser for de eldre.*

Kommentarer og konklusjon: se slide 54.

*Slide 60: Innspill: Se på muligheten for vandrende blodbank.*

*Problem vi ønsker løst: Helse Nord og NokBlod(Norsk koordineringssenter for blodberedskap) har p.t et prosjekt i Finnmark der de ser på muligheten for vandrende blodbank. Ønske om å kunne tappe givere når behovet for.*

Kommentarer og konklusjon: Det vises til kommentarer angående blodbank og tapping i dette dokumentet. Vandrende blodbank må man eventuell ta stilling til senere når evalueringen i Finnmarkssykehuset er avsluttet 2023/2024.

*Slide 62: Helserom Helgeland i Mosjøen/ polikliniske kontroller i Mosjøen med fysioterapeut og ergoterapeut.*

*Problem vi ønsker løst: Pasienter må reise langt for å få kontroller i SSJ eller Mo i Rana. Sikre mer effektive og økonomiske pasientforløp.*

Kommentarer:

1. Å etablere et Helserom i Mosjøen som arena for digitale konsultasjoner er tidsriktig og meningsfullt.
2. Rommet, eventuell flere rom med digitalt utstyr kan brukes både med pasient i Mosjøen og behandler et annet sted på Helgeland, men også omvendt.

Konklusjon: Det anbefales å etablere rom til digitale pasientkonsultasjoner både for pasienter og behandlere i Mosjøen.

*Slide 63: Innspill: Fortsette et poliklinisk tilbud i Mosjøen med klinisk ernæringsfysiolog*

*Problem vi ønsker løst: Pasienter må reise langt for å få kontroller i SSJ eller Mo i Rana. Sikre et godt tilbud for Vefsn og omegn.*

Kommentarer:

1. Klinisk ernæringsfysiologi er et viktig tilbud for skrøpelige eldre og også pasienter med psykiatriske utfordringer.
2. Det er viktig å styrke kompetansen rundt ernæring også i kommunen. (Se FSU 9.1.4.6)
3. Også ernæringsfysiologer, fysio- og ergoterapeuter er et fagmiljø som med fordel samles på sykehusene for å øke robustheten og kompetanseutvikling.

Konklusjons: Etablering av et ernæringsfysiologisk tilbudt i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov kan vurderes, gjerne i samarbeid med kommunen.

*Slide 64: Fysio/ergo/KEF-ressurser inn i nevrologisk poliklinikk*

*Problem vi ønsker løst: Manglende tverrfaglig poliklinisk tilbud til nevrologiske pasienter. Samtale/kartlegging for nydiagnostiserte (f.eks: MS, Parkinson). Oppfølgingsamtaler.*

1. Mange nevrologiske pasienter er kronikere som krever oppfølging fra både spesialist og primærhelsetjenesten.
2. Desentralisert samarbeide mellom nivåene om kronikere er riktig. eksempel parkinsonnet.

3. Også ernæringsfysiologer, fysio- og ergoterapeuter er et fagmiljø som med fordel samles på sykehusene for å øke robustheten og kompetanseutvikling.

Konklusjon: Polikliniske tjenester av fysio/ergo/KEF-ressurser i samarbeid og samlokalisert med primærhelsetjenesten anbefales. Spesielt gjeldende nevrologiske pasienter. (MS, Parkinson, Epilepsi), men også kreftpasienter m.m.

#### *Slide 65: Hjerneslagspoliklinikk i Mosjøen*

*Problem vi ønsker løst: Manglende tverrfaglig poliklinisk tilbud til hjerneslagpasienter i Mosjøen. Det bør tilbys en kontroll etter 3 mnd. Tilbys per i dag i SSJ.*

Kommentarer:

1. Innspillet gjelder en engangskontroll for pasienter etter slag.
2. Kontrollen skal foregå tverrfaglig mellom fysio/ergo/KEF og nevrolog.

Konklusjon: Etablering av en tverrfaglig hjerneslagspoliklinikk i Mosjøen kan vurderes avhengig av ressurstilgang og behov.

#### *Slide 66: Gruppetilbud i modell av hjertetrening SSJ*

*Problem vi ønsker løst: Manglende rehabiliteringstilbud for hjertepasienter i Vefsn og omegn. Pasienter opplever det for krevende å reise til SSJ for trening på dagtid.*

Kommentar og konklusjon: Polikliniske tjenester kan etableres i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov, fortrinnsvis for pasienter med langvarige og komplekse sykdommer.

#### *Slide 67: LMS-kurs i Mosjøen*

*Problem vi ønsker løst: Unngå å miste tilbud om lærings- og mestringskurs, for pasienter og pårørende i Mosjøen og omegn.*

Kommentar og konklusjon: Polikliniske tjenester kan etableres i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov, fortrinnsvis for pasienter med langvarige og komplekse sykdommer.

*Slide 69 til 73: Skrivetjenesten i Mosjøen, ekspedisjonen i Mosjøen, kontortjenesten i Mosjøen, Inntakskontor i Mosjøen og kodekontroller.*

Kommentarer:

1. Støttefunksjoner er ikke omtalt i vedtaket eller i FSU.
2. Nærhet til behandlere og pasienter er en fordel.

Konklusjon: Etablering av nevnte støttefunksjoner må vurderes i sammenheng med det framtidige tilbudet i Mosjøen, rekrutteringssituasjon i foretaket og bygningsmessige forhold.

## **Innspill fra AKM**

Lvert på powerpoint: Noen innspill er levert to ganger og allerede kommentert tidligere i dette dokumentet.

*Slide 4: Dagkirurgisk aktivitet i Mosj tilsvarende dagens med hovedfunksjon på uro og plastikk.*

*Problem vi ønsker løst: Behov i befolkningen.*

Kommentarer:

1. Det er vedtatt at generell kirurgi skal flyttes til Sandnessjøen.
2. Vedtaket åpner ikke for å drive dagkirurgi i Mosjøen.
3. Det er viktig å forene fagmiljøene i Mosjøen og Sandnessjøen derunder også anestesileger, anestesi og operasjonssykepleier.
4. Forslaget er i strid med vedtaket.

Konklusjon: Dagkirurgisk virksomhet fra Mosjøen flyttes til Sandnessjøen.

Slide 5: Følgetjeneste med int/ an spl.

Problem vi ønsker løst: Økt kompetanse i pre hospital for transport intensiv transport. Stabilisering.

Kommentarer:

1. Prehospitaltjenester vil måtte tilpasses når akuttfunksjoner i Mosjøen avvikles.
2. Innspillet er ikke i strid med vedtaket.
3. se tidligere vurdering og kommentarer samme tema.

Konklusjon: Etablering av intensivambulans/akuttbil kan vurderes.

*Slide 6: Kompetansesenter i Mosjøen for prehospital og inhospital tjeneste*

*Problem vi ønsker løst: Kompetanseheving, samtrening, felles prosedyrer, pasientsikkerhet for hele Helgeland.*

Kommentarer:

1. Kompetansesenter er ikke omtalt i vedtaket eller i FSU
2. Innspillet gjelder ikke et poliklinisk tilbud.
3. Fagmiljøene i Mosjøen skal forenes med fagmiljøene i Sandnessjøen.

4. Det er mest naturlig å legge kompetansesenter til hovedsykehuset der de fleste fagmiljøene er.
5. Også studenter er hovedsakelig i sykehusene som har nytte av et kompetansesenter.

Konklusjon: Et eventuelt kompetansesenter burde etableres i hovedsykehuset.

#### *Slide 8: Polikliniske pasienter 24/7 som i dag*

*Problem vi ønsker løst: Pasienter slipper unødig reising.*

Kommentarer:

1. Innspillet gjelder en poliklinisk akuttfunksjon med vaktberedskap både natt og helg.
2. Akuttfunksjoner i Mosjøen er ikke i tråd med intensjon i vedtaket og ikke omtalt eller anbefalt i FSU.

Konklusjon: Det anbefales ikke å etablere akutt vaktberedskap i regi av spesialisthelsetjenesten i Mosjøen.

#### *Slide 9: Akutte stabiliserings senger for spesialisthelsetjenesten i Mosjøen*

*Problem vi ønsker løst: Stabilisering av medisinske pasienter med organsvikt før eventuell videre transport.*

Kommentarer:

1. Vaktberedskap for akutte pasienter bør ligge i sykehusene med mulighet for omfattende diagnostikk og intervensjon.
2. Stabilisering av akutt syke pasienter gjøres av prehospital klinikk under transport.
3. En mellomstopp i Mosjøen kan være en pasientfelle.
4. Ikke anbefalt i FSU.
5. Innspillet er strid med vedtaket.

Konklusjon: Det anbefales ikke å etablere vaktberedskap i Mosjøen for å stabilisere pasienter.

#### *Slide 11: Ønsker døgnkontinuerlig CT i Mosjøen*

*Problemet vi ønsker løst: Sikre rask diagnostikk av eks hjerneslag, samfunnsøkonomisk perspektiv, for diagnostikk poliklinisk virksomhet, videreføring av det som allerede gjøres i MSJ.*

Faglig vurdering:

#### **CT akutt hjerneslag**

Det er dokumentert at trombolysbehandling av pasienter med akutt hjerneinfarkt reduserer funksjonsnedsettelse hvis behandling starter innen 4,5 timer fra symptomdebut. Dette er også en hovedanbefaling i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av hjerneslag.



Trombolyse er en meget effektiv og nyttig behandling for de riktige pasientene, samtidig som det er en potensielt farlig behandling med risiko for livstruende eller invalidiserende hjerneblødning. Cirka 5% som får trombolysebehandling av hjerneinfarkt får en symptomgivende blødning.

CT-caput før trombolyse er et absolutt krav, for å utelukke blødning og store infarktforandringer som begge er kontraindikasjon for trombolyse. Tidsvinduet er også absolutt, det skal ikke gis trombolyse hvis det har gått >4,5 timer fra symptomdebut.

**Rask CT-diagnostikk er helt avgjørende.** Effekten av behandlingen er i svært stor grad avhengig av tiden mellom ictus og behandlingsstart. Hvert 15.minutt som er spart er assosiert med 3-4% økt sannsynlighet for å kunne gå og skrives ut til hjemmet fremfor sykehjem. Hvert 15.minutt som er tapt er assosiert med 3-4% økt sannsynlighet for hjerneblødning eller død.

#### Fakta om hjerneinfarkt behandlet med trombolyse i Mosjøen

I Mosjøen har det de siste fem årene blitt gitt trombolysebehandling til gjennomsnittlig 6,2 pasienter/år. Median er 7 pasienter/år.

I 2021 ble det gitt trombolysebehandling til 9/33 pasienter med hjerneinfarkt i Mosjøen. Trombolyseandelen var 27 %. Nasjonalt var trombolyseandelen 20 %. Begge deler er regnet som høy måloppnåelse.

Ettersom behandlingen må gis innen 4,5 timer fra symptomdebut, registreres andelen pasienten som blir innlagt ≤ 4 timer etter symptomdebut. I Mosjøen ble 54,5 % av pasientene med hjerneinfarkt innlagt ≤ 4 timer etter symptomdebut. I Sandnessjøen ble 37,5 % av pasientene innlagt ≤ 4 timer etter symptomdebut. Det nasjonale tallet er 43,3 %. Høy måloppnåelse er >60 %. En høy andel pasienter som innlegges innen 4 timer er assosiert med høyere trombolysefrekvens.

Kilde: Norsk hjerneslagregister

#### Utfordring Mosjøen

Dersom det ikke skal være CT i Mosjøen er det sannsynlig at færre pasienter i Mosjøens opptaksområde vil kunne få trombolysebehandling av akutt hjerneinfarkt. Det er også sannsynlig at det for en del pasienter vil ta lenger tid til trombolyse med risiko for unødvendig stort funksjonstap. Som utgangspunkt måtte anbefalt transport være luftambulans, men ventetid på helikopter og værutfordringer utgjør fortsatt en risiko.

#### Innovasjonsprosjekt – Prehospital trombolyse ved akutt hjerneslag DMS Finnsnes

Det pågår nå et pilotprosjekt på DMS Finnsnes i regi av UNN, Senja kommune, Helse Nord IKT og Siemens. CT-maskinen på DMS er ikke bemannet av radiograf i vakt, men fjernstyres fra UNN. Slagalarmen utløses fra UNN, og radiograf/radiolog/nevrolog UNN kommuniserer med CT-lab på DMS via videokonferanse.

På CT-lab på DMS er ambulanspersonell, legevaktsykepleier og evt legevaktslege. Nødvendige blodprøver analyseres pasientnært og svar foreligger i løpet av få minutter. Beslutning om trombolyse eller ikke tas av nevrolog på UNN. Dersom det er mistanke om storkarsykdom og indikasjon for trombektomi, sendes ambulanshelikopter i møte med pasienten.

Opptaksområdet til DMS Finnsnes er cirka 20.000 pasienter, og det er estimert 50 slagpasienter i året. Avstand til Tromsø i bil er 2-4 timer.

Faglig vurdering:

Forsinket diagnostikk og behandling av akutt hjerneinfarkt kan få store konsekvenser for pasienten.

Tilbud om fjernstyrt CT ved hjerneslag vil muliggjøre prehospital trombolyse, uten at det er behov for radiograf i vakt. Det er ikke behov for annet personell tilstede enn ambulansespersonell og legevaktsykepleier. Bør vurderes.

### **CT akutt utenom hjerneslag:**

Det er først og fremst rask CT-diagnostikk ved mistanke om hjerneslag som utløser behov for desentralisert CT. Pasienter med mistenkt aortadisleksjon, lungeemboli osv bør rett til sykehus. Som hovedregel blir disse pasientene vurdert av lege i akuttmottaket, evt med teammottak, før det blir tatt CT. Evt ustabile pasienter må stabiliseres først.

Dersom det besluttes å opprettholde CT for fjernstyrt diagnostikk av hjerneslag/prehospital trombolyse, bør det vurderes om det er hensiktsmessig at denne er betjent av radiograf på dagtid for elektiv CT, men CT av andre akutte tilstander enn hjerneslag innebærer en risiko. Både som pasientfelle fordi det forsinker transport til sykehus, men også fordi normale funn på CT ikke nødvendigvis betyr at pasienten ikke trenger innleggelse.

Kommentarer:

1. CT er et viktig diagnostisk verktøy både elektiv og akutt i et sykehus og en viktig faktor i behandling av hjerneslag.
2. CT maskiner er en stor kostnadsdriver og fordeling av CT maskiner i fremtidens Helgelandssykehuset må vurderes med tanke på utnyttelsesgrad, stabilitet av tilbudet ved utfall av en maskin og avstander.

Konklusjon: CT aktivitet i Mosjøen anbefales å begrenses til elektive undersøkelser på dagtid og akutt diagnostikk av hjerneslag døgkontinuerlig fjernstyrt fra hovedsykehuset.

## **Innspill fra prehospital klinikk**

*Slide 3: Etablere mobil enhet med anestesi/intensivkompetanse (intensivambulanse, akuttbil etc) i MSJ*

*Problem vi ønsker løst: Mangler i dag en forberedt beredskap/kapasitet for transport av intensivpasienter*

Kommentarer:

1. Prehospitaler tjenester vil tilpasse seg når akuttfunksjoner i Mosjøen avvikles, som for eksempel ved å øke kompetanse i ambulansene.
2. Samarbeid med primærhelsetjenesten om akutte pasienter kan være et godt tiltak.

Konklusjon: Etablering av intensivambulanse/akuttbil burde vurderes. Sistnevnte i samarbeid med primærhelsetjenesten.

*Slide 4: Prehospitalt kompetanse- og treningssenter i Mosjøen*

*Problem vi ønsker løst: Mangler i dag egnede fasiliteter for felles undervisning og samtrening mellom personell fra ulike tjenester og nødetater. Mangler simuleringsfasiliteter.*

Kommentarer:

1. Prehospitale tjenester vil må tilpasse seg når akuttfunksjoner i Mosjøen avvikles. Innspillet kan være et tiltak som støtter opp under dette.
2. Generell burde læringsarenaer som for eksempel for simulering være nært fagmiljøene.

Konklusjon: Fasiliteter i Mosjøen for trening og simulering for prehospitale tjenester, gjerne også i samarbeid med primærhelsetjenesten kan vurderes.

*Slide 5: Ambulansepersonell deltar i kommunal legeutrykning/legebesøk med LV-bil*

*Problem vi ønsker løst: Tjenestene har ulike rutiner rundt pasientbehandling. Legevakten jobber alene og er presset på ressurser. Sikkerheten er dårlig ivaretatt under legebesøk hos ustabile pasienter.*

Kommentarer:

1. Samarbeid mellom primærhelsetjenesten og prehospitale tjenester er viktig og ønsket.
2. Se kommentarer under slide 3.

Konklusjon: Samarbeid mellom prehospitale tjenester og primærhelsetjenesten kan være et viktig tiltak for å kompensere for bortfall for akuttfunksjoner i Mosjøen.

*Slide 6: Fysisk nærhet (gåavstand) mellom kommunal legevakt og ny ambulansestasjon i Mosjøen. Samarbeid.*

*Problem vi ønsker løst: Tjenestene har ulike rutiner rundt pasientbehandling. Legevakten jobber alene og er presset på ressurser. Sikkerheten er dårlig ivaretatt på legevakta.*

Kommentar og konklusjon :**Samlokalisering av ambulanse og kommunal legevakt** er et tiltak som kan bidra til å styrke den prehospitale behandlingsskjeden. Mer samarbeid, felles undervisning og evt teamtrening vil gi økt kompetanse og trygghet i akuttsituasjoner for både legevakt og ambulansepersonell. Samlokalisering bidrar til at legevaktslege i større grad kan rykke ut med ambulansen på røde turer, uten at det fører til forsinkelse av ambulanse til pasient.

## **Innspill fra ledere i Mosjøen**

Lvert i powerpoint fil

Kommentar: Alle innspillene fra lederne er også levert fra faggruppene og kommentert der.

## Innspill fra Vefsn kommune

Lvert i brev datert 28.09.2022, saksnr. 2022/1307-57 og er delt inn i fem punkter. For komplett innspill se eget vedlegg.

Punkt 1: Vefsn kommune forventer at sykehuset i Mosjøen opprettholdes som i dag inntil nytt hovedsykehus er etablert.

Kommentar: Innspillet er tatt til orientering.

Punkt 2: DMS i Mosjøen Befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal må ha et DMS med det samme polikliniske tilbudet som er planlagt i DMS i Brønnøysund.

Kommentarer:

1. Innholdet i de polikliniske tjenester som skal etableres i Mosjøen skal fortrinnsvis gjelde pasienter med sammensatte og langvarige sykdommer og kreftpasienter.
2. Innholdet må videre sees i sammenheng med avstand til tilbudet i sykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen.
3. Å etablere senger i Mosjøen er i strid med vedtaket.

Punkt 3: Rus og psykisk helsetjenester i ved Distriktpsikiatrisk senter i Mosjøen

Kommentarer:

1. Vedtakspunkt 5 omhandler dps struktur, rus og psykisk helse: 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.
2. Nåværende medvirkningsprosess og foreliggende rapport gjelder først og fremst polikliniske somatiske tjenester.

Punkt 4: Nevrologi i skal fortsatt være lokalisert til Mosjøen

Kommentarer:

1. Nevrologi er et fagfelt som ifølge FSU er anbefalt til å flyttes til Sandnessjøen.
2. Nevrologi er et fagfelt som er viktig i samspill med indremedisin og fysikalsk medisin og rehabilitering.
3. Mange nevrologiske pasienter er kronikere og et poliklinisk tilbud til disse pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn kan være riktig.

Konklusjon: Det er viktig at det nevrologiske miljøet tilknyttes indremedisin og FMR i Sandnessjøen. Det kan eventuell etableres et nevrologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere fra Grane Hattfjelldal og Vefsn og i denne sammenheng også gjelde psykiatriske pasienter.

#### Punkt 5: Samarbeid prehospitale tjenester

Kommentarer:

1. Samarbeid mellom primærhelsetjensten, kommuner og prehospitale tjenester kan være et viktig tiltak for å kompensere for bortfall av akuttfunksjoner i spesialisthelsetjenesten i Mosjøen.
2. Samlokalisering av tjenester kan være en faktor i dette for eksempel med tanke på legevakt, etablering av akuttbil og felles røntgentjenester m.m.

## Innspill fra Grane kommune

Innspill: Hjerne og karsykdommer	
Problem som ønskes løst: Hjerterpoliklinikk: AEKG, EKKO, kontroll pacemaker og kontroll av hjertesviktpasienter	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig</li></ul> Dette innebærer alle de tjenestene som allerede tilbys i Msj per nå. <ul style="list-style-type: none"><li>• Bemanningmessig</li></ul> Utnytte spesialistene i alle spesialiteter som må til for å opprettholde 2 akuttenheter som er vedtatt <ul style="list-style-type: none"><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Bemanningmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>

Kommentarer:

1. Kardiologi er en del av fagfeltet indremedisin som er vedtatt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering fra sykehusene. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i sykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Kardiologi betjener en relativ høy andel kronikere. Det er ønskelig med poliklinisk aktivitet i fagfelt kardiologi i Mosjøen.
3. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet. (Slide 13 innspill fagmiljøene)

Konklusjon: Det kan vurderes å etablere et poliklinisk kardiologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere. Dimensjonering etter ressurstilgang og behov.

Innspill: Bildediagnostikk	
Problem som ønskes løst: Konvensjonell røntgen, ultralyd og computertomografi. Benyttes elektivt av poliklinikk og fastleger og i akutte situasjoner av legevakten	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig</li> </ul> <p>Foreslår samme tilbud som i Brønnøysund. Viktig å tenke på tidsaspektet ved enkelte diagnoser – de som skal forflyttes til Tromsø for behandling må slippe tur til Ssj når de kan hentes på flyplassen i Msj.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemanningsmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningsmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>

Kommentarer:

1. Faglig strategisk utviklingsplan anbefaler å etablere vanlig røntgen og ultralyd diagnostikk i Mosjøen.
2. CT maskiner er en stor kostnadsdriver og må vurderes i sammenheng med avstand til sykehusene og kompenserende tiltak innenfor prehospitaltjenester.
3. For akutte pasienter kan en mellomstopp i Mosjøen være en pasientfelle og vurderes ikke med unntak for slagpasienter.
4. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet

Innspill: Nevrologi	
Problem som ønskes løst: Nevrologiske undersøkelser og konsultasjoner.	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig</li> </ul> <p>Pr nå har Msj funksjon for hele Helgeland. Det er ingen gevinster å flytte dette tilbudet inn i byggene verken i Ssj eller Mir</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemanningsmessig</li> </ul> <p>Denne tjenesten er bygd opp over mange år i Mosjøen Kompetent personell er på plass.</p> <p>Risikerer at tjenesten forvitrer dersom den flyttes – det er ingen selvfølge at spesialistene som jobber i Msj i dag vil flytte til Ssj/Mir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomisk</li> </ul> <p>Ingen endringer fra nå-situasjon.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningsmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>

Kommentarer:

1. Nevrologi er et fagfelt som ifølge FSU er anbefalt til å flyttes til Sandnessjøen.
2. Nevrologi er et fagfelt som er viktig i samspill med indremedisin og fysikalsk medisin og rehabilitering.
3. Mange nevrologiske pasienter er kronikere og det kan med fordel gis et poliklinisk tilbud til disse pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Konklusjon: Det er viktig at det nevrologiske miljøet tilknyttes indremedisin og FMR i Sandnessjøen. Det kan vurderes å etablere et nevrologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Innspill: Dialyse

Problem som ønskes løst:	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig</li> </ul> <p>Minske belastningen med lang reisevei for undersøkelser og behandlinger som i seg selv er svært belastende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemanningsmessig</li> </ul> <p>Beholde kompetent personell som er tilgjengelig i Msj</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomisk</li> </ul> <p>Ingen endring dersom dagens tilbud opprettholdes,</p> <p>Dersom det legges ned vil Pasientreiser bli mer belastet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningsmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>

Kommentarer:

1. FSU anbefaler å beholde dialysen i Mosjøen.
2. Dialysen er et viktig tilbud for nyresviktpasienter (kronikere) i Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

Konklusjon: Det anbefales å beholde dialyse i Mosjøen.

Innspill: Gynekologi/fødepol inkl ultralyd	
Problem som ønskes løst: Vanlig obstetriske- og gynekologiske undersøkelser, ultralydscreening ved jordmor	
Pro	Con



- Bærekraftsmål

### 3.4)

«Innen 2030 redusere prematur dødelighet forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer med en tredel gjennom forebygging og behandling, og fremme mental helse og livskvalitet» - **Bl a derfor vi i Norge har tilbud om systematisk svangerskapsomsorg**

- Faglig

Ultralydscreening av jordmor; alle gravide skal ha tilbud om ul fra uke 12 i tillegg til ordinær screening uke 18 og evt oppfølging av mulige avvik og dette innebærer flere konsultasjoner.

Gynekolog med obstetrisk kompetanse tilbyr kvinner kontroller og oppfølging. Det er ressursbesparende for alle parter at en spesialist flytter på seg fremfor 8 pasienter (med pårørende) skal forflytte seg.

Spesialisthelsetjenesten har i tillegg ansvar for vurdering- og følgetjeneste av gravide med jordmor. Dette er ennå ikke kommet på plass for Granes del. Det er mulig å se på en «base» i Msj med jordmødre som jobber poliklinisk for kommunene og som har vurderingsberedskap for følge. Det vil være bedre ressursutnyttelse om dette ble samlokalisert i Msj for Granes del enn at den ene jordmoren sitter i beredskap alene i Grane.

- Bemanningsmessig

Pr nå er det unge jordmødre som jobber som sykepleier i Msj mens det er ledige stillinger i Ssj/Mir. Denne fagkapasiteten bør utnyttes til beste for kvinner og familier i indre Helgeland.

Helgelandssykehuset har fremholdt at det skal være 2 «likeverdige fødeavdelinger» i Ssj og Mir. Dette innebærer at det må rekrutteres 10 spesialister i gynekologi for vaktberedskap (minimum samme antall spesialister i alle fag som skal tilbys både sør og nord). Disse spesialistene må ha noe å gjøre også på dagtid, det er følgelig mulig å ha daglig poliklinikk for kvinnene i Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

- Faglig
  - Tekst
- Bemanningsmessig

Utfordrende å rekruttere spesialister til Helgeland – ikke minst til 2 små fødeenheter der det til sammen er ca 600 fødsler.

Det er også problematisk å rekruttere jordmødre til fødeavdelinger, og på Helgeland er det heller ikke nok jordmødre med spesialkompetanse i ultralyd. Desto viktigere er det da å mobilisere og beholde den fagkapasiteten som er i Msj gjennom å opprettholde poliklinikk.

- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

- Økonomisk
  - Tekst
- Forholdet til vedtaket
  - Tekst

Kommentarer:

1. Oppfølging av gravide og gynekologiske polikliniske tjenester tilbys per i dag i Mosjøen.
2. Følgetjenester er en lovpålagt oppgave og burde følges opp helt uavhengig av ny sykehusstruktur på Helgeland.

Konklusjon: Polikliniske tjenester innen gynekologi/føde kan etableres i Mosjøen avhengig av ressurstilgang og behov.

Innspill: Pediatri	
Problem som ønskes løst: Oppfølging av barn i alle aldre – fra nyfødt	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig</li></ul> <p>For barn som lever med sykdom er oppfølging viktig og den er gjerne tett ettersom barnet utvikler seg raskt.</p> <p>Helgeland har ingen barneavdeling, nærmeste avdeling i Nordland, er Bodø – 36 mil fra Trofors sentrum. Det er viktig å ha pol kl tilbud nært, ikke minst med tanke på skolebarn/ungdom som mister undervisningstid når de må reise så mange mil at de mister hele dagen.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bemanningsmessig</li></ul> <p>Bemannes med pediater og sykepleier</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Bemanningsmessig</li></ul> <p>Utfordrende å rekruttere pediatere til Helgeland når det ikke er barneavdeling?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>

Kommentar og konklusjon: Pediatri er per i dag og også i fremtidig struktur lagt til Sandnessjøen. Polikliniske tjenester innen pediatri i Mosjøen kan eventuelt etableres avhengig av ressurstilgang og behov.

Innspill: Kjemoterapi/infusjonspoliklinikk	
Problem som ønskes løst: Cytostatika, infusjonsbehandling og medikamenter for andre degenerative lidelser og spesielle syndromer som kan administreres lokalt.	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig</li> </ul> <p>Minske belastningen med lang reisevei for undersøkelser og behandlinger som i seg selv er svært belastende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemanningmessig</li> </ul> <p>Ivareta og beholde kompetent personell som er i Msj.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomisk</li> </ul> <p>Sparer utgifter til pasientreiser</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>

Kommentarer:

1. Innspillet er i tråd med anbefaling i FSU.
2. Det er et ønske å gi desentrale tjenester til kronikere og kreftpasienter.

Konklusjon: Det anbefales at kreft og infusjonspoliklinikk videreføres som i dag.

Innspill: Kirurgi	
Problem som ønskes løst: Dagkirurgi og småkirurgiske inngrep. Sårbehandling.	
Pro	Con

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig</li> </ul> <p>Ha det samme tilbudet for dagkirurgi som i dag.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemanningmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk</li> </ul> <p>Dersom Ssj/Mir har kapasitet til å gjøre alle inngrepene som utføres pr nå i Msj uten økt behov for plass eller personell må det vel stilles spørsmål om der er overkapasitet i dagens drift?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>
--	--

Kommentarer:

1. Det er vedtatt at generell kirurgi skal flyttes til Sandnessjøen.
2. Vedtaket åpner ikke for å drive dagkirurgi i Mosjøen.
3. Det er viktig å forene fagmiljøene i Mosjøen og Sandnessjøen derunder også anestesileger, anestesi og operasjonssykepleier.
4. Å etablere polikliniske kirurgiske tjenester for kronikere som for eksempel sårpasienter er ønskelig

Konklusjon: Dagkirurgisk virksomhet fra Mosjøen flyttes til Sandnessjøen. Det kan vurderes å etablere en sårpoliklinikk i Mosjøen.

Innspill: Øre nese hals	
Problem som ønskes løst: ØNH-endoskopier og -konsultasjoner Audiograf	
Pro	Con

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig</li> </ul> <p>Se beskrivelse for pediatri – mange av disse pasientene er barn/unge.</p> <p>I tillegg har mange hørselshemmede behov for undersøkelser/tilpasninger</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemanningsmessig</li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningsmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>
<p>Kompenserende tiltak:</p>	
<p>Behov for faktagrunnlag:</p>	

Kommentarer:

1. ØNH er per i dag og i framtidig sykehusstruktur lagt til Sandnessjøen.
2. Polikliniske tjenester innen ØNH kan etableres via ambulering som for eksempel per i dag i Mo i Rana.
3. Det er en relativ liten andel kronikere innen ØNH faget.
4. Audiograf tilbudet er poliklinisk og omfatter mange kronikere.

Konklusjonen: Audiografisk tjeneste i Mosjøen kan vurderes videreført som i dag avhengig av ressurstilgang og behov. Å etablere ØNH tjenester i Mosjøen er avhengig av kapasiteten til ØNH avdelingen i Sandnessjøen.

<p>Innspill: Ortopedi</p>	
<p>Problem som ønskes løst: Konsultasjoner med utredning, vurdering og behandling, kontroll etter operasjon, telemedisin.</p>	
<p>Pro</p>	<p>Con</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>
--	--

Kommentar og konklusjon:

Ortopeder ambulerer per i dag til både Brønnøysund og Mosjøen. Polikliniske ortopediske tjenester i Mosjøen kan eventuelt videreføres avhengig av ressurstilgang og behov.

Innspill: Hud	
Problem som ønskes løst: Vanlig konsultasjon og administrering av lysbehandling, billedstøttende kontroller av hudlidelser.	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig</li> </ul> <p>En del hudbehandlinger krever hyppige, korte behandlinger. Dersom denne tjenesten forsvinner, vil flere pasienter ikke få nødvendig behandling – for skoleungdom vil fraværet bli for stort og for pasienter i jobb må det hensyntas økt fravær, noe ikke alle arbeidsgivere ser positivt på.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemanningmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>

Kommentarer:

1. FSU anbefaler lysbehandling i Mosjøen i framtiden.
2. Faget dermatologi foreslås flyttet til Sandnessjøen.
3. Hudpoliklinikk kan vurderes avhengig av ressurstilgang og behov.

Innspill: Øye	
Problem som ønskes løst: Utredning og behandling av vanlige øyesykdommer og mindre inngrep.	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig</li></ul> Tilbud om alle tjenester som allerede tilbys i Msj <ul style="list-style-type: none"><li>• Bemanningsmessig</li></ul> Allerede kompetent personell i Msj, spl med videreutdanning i øyespl. <ul style="list-style-type: none"><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faglig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Bemanningsmessig<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Økonomisk<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li><li>• Forholdet til vedtaket<ul style="list-style-type: none"><li>– Tekst</li></ul></li></ul>

Kommentarer:

1. FSU foreslår å flytte faget oftalmologi til Sandnessjøen.
2. Faget inneholder en del kronikere som kan eventuelt behandles i Mosjøen.
3. Behov for kostnadsintensivt utstyr.
4. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet.

Konklusjon: Øyepoliklinikk for kronikere kan vurderes å opprette i Mosjøen, avhengig av ressurstilgang og behov.

Innspill: Støttefunksjoner



Problem som ønskes løst: Blodtransfusjon og blodtapping.	
Pro	Con
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig</li> </ul> <p>Disse funksjonene bidrar inn i andre livsviktige behandlinger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemanningsmessig</li> </ul> <p>Beholde kompetent personell i Msj</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningsmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>

Kommentarer:

1. FSU anbefaler blodbanker i Sandnessjøen og Mo i Rana, tappestasjon, eventuell tappebuss i Brønnøysund og Mosjøen.
2. Se tidligere omfattende vurderinger og kommentarer om dette temaet.

Konklusjon: Det anbefales å følge FSU med tanke på etablering av blodbank i sykehusene, med tappestasjon eller buss i Mosjøen og Brønnøysund.

Innspill: CPAP-behandling	
Problem som ønskes løst: Reduserer risiko for hjerte- og karsykdom og bedrer søvnighet og livskvalitet.	
Pro	Con

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig</li> </ul> <p>Beholde tilbudet som allerede er i Msj</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemanningsmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningsmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>
<p>Behov for faktagrunnlag: Mosjøen som leverer denne tjenesten på Helgeland pr nå. 237 behandlinger i 2021 – Nordlandssykehuset Bodø hadde 264 behandlinger samme år og ventetid på 16 – 32 uker.</p>	

Kommentarer:

Se tidligere vurdering og kommentarer i dette dokumentet.

Innspill: Ernæringsfysiolog
-----------------------------

Kommentarer:

1. Se tidligere vurdering og kommentar i dette dokumentet.

Innspill: Diabetes	
Problem som ønskes løst:	
Pro	Con

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig</li> </ul> <p>Et fagfelt som tilbyr oppfølging og behandling til mennesker i alle aldre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemanningsmessig</li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Bemanningsmessig <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Økonomisk <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> <li>• Forholdet til vedtaket <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tekst</li> </ul> </li> </ul>
--	---

Kommentarer:

1. Endokrinologi er en del av fagfeltet indremedisin som er anbefalt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering fra sykehusene. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Endokrinologi betjener en høy andel kronikere. Det er derfor ønskelig med poliklinisk aktivitet i fagfelt diabetes i Mosjøen.
3. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet.

## Innspill fra Hattfjelldal kommune

Mottatt 4. oktober, gjengitt i referat fra møte med kommunene 06.10.22

*Angående vurdering av felles legevakt med Vefsn så er det ikke vurdert som et alternativ for Hattfjelldal, med bakgrunn i undersøkelser fra Nasjonalt senter for legevakts medisin og i NOU akuttmedisin som viser at dersom det blir lenger avstand til legevakt en 40 minutter minsker antall henvendelser, også røde og gule hvilket vil føre til mere sykkelighet/ økt dødelighet. I tillegg vil ikke våre sykehjemspasienter/ eldre kunne få sykebesøk.*

Kommentarer: Innspillet er tatt til orientering.

*Lab tjenester er viktig! Vi må få lab svar samme/ senest neste dag.*

Kommentarer:

1. Faglig strategisk utviklingsplan: I konseptfasen må laboratoriemedisinsk aktivitet i Mosjøen utredes i sammenheng med etablering av poliklinisk somatisk tilbud.
2. Det er ikke nødvendig å ha et fullverdig laboratorium til stede for å utøve elektive polikliniske tjenester. God planlegging og prøvetaking dagen før hjemme eller hos fastlegen kan være gode løsninger, spesielt for pasienter som skal få infusjonsbehandlinger.
3. Et laboratorium er en stor kostnadsdriver.

4. Det må vurderes om man kan tilby samme lab tjenester til kommunene basert i framtidige laboratoriene på sykehusene.
5. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet.

Konklusjonen: Laboratoriemedisinsk aktivitet i Mosjøen kan vurderes i avhengighet de polikliniske tjenester som skal etableres. Lab tjenester til kommunen tas med som en faktor i vurderingene.

*Ambulerende røntgen er et ønske.*

Kommentarer:

1. Mobil røntgen enhet er nevnt i faglig strategisk utviklingsplan og kan være et tiltak for å kunne gi tilbud til eldre og skrøpelig i primærhelsetjenesten i kommuner med lang avstand til sykehusene.
2. Et slikt tilbud kan eventuelt etableres i samarbeid med kommunene.

*CT i Mosjøen/ ambulerende slik vil være tidskritisk for pasienter med hjerneslag.*

Kommentarer:

1. CT er et viktig diagnostisk verktøy både elektiv og akutt og en viktig faktor i behandling av hjerneslag.
2. CT maskiner er en stor kostnadsdriver og fordeling av CT maskiner i fremtidens Helgelandssykehuset må vurderes med tanke på utnyttelsesgrad, stabilitet av tilbudet ved utfall av en maskin og avstander.
3. Se utfyllende vurderinger og kommentarer tidligere i dette dokumentet.

Konklusjon: CT tilbudet i Mosjøen må vurderes opp mot nevnte kriterier.

*Intermediær senger i Vefsn er ikke ønskelig da det kan medføre til at våre pasienter får et dårligere tilbud ved at de da ikke kommer videre til sykehuset.*

Kommentar: Innspillet er tatt til orientering.

*Vi har selv ØHD plass og dersom det digitale samarbeidet utvides mellom ØHD og sykehus spesialistene og fastlegene så kan dette like godt skje i Hattfjelldal som i en intermediær seng i Mosjøen.*

Kommentar: Innspillet er tatt til orientering.

## **Innspill brukerutvalg**

fra møte den 23.09.22 dokumentert i referatet er alle tatt til orientering i prosjektet.

## **Innspill fra fastlegene Vefsn, Grane og Hattfjelldal**

fra møte den 03.05.22 dokumentert i referat:

fra møte den 08.09.22 dokumentert i referat

*Særlig palliative team, sammensatt på tvers av forvaltningsnivå, fremheves som ønskelig. Et palliativt team vil typisk kunne bestå av pasientens fastlege, annen ressurs fra kommunen og anestesipersonell fra Helgelandssykehuset HF.*

Kommentarer:

1. Palliative team har en viktig oppgave i kreftbehandlingen og samarbeider med primærhelsetjenesten men også tverrfaglig i sykehusene.
2. Med fordel etableres teamet der det er sengeplasser for å kunne sikre gode overganger mellom forvaltningsnivåene.
3. Medlemmer fra spesialisthelsetjenesten i palliativt team kan med fordel være tilknyttet fagmiljøene i sykehusene.
4. Man må vurdere hvor mange palliative team man skal etablere og hvilke oppgaver de har og kommuner hvert team samarbeider med.

Konklusjon: Palliative team anbefales etablert i sykehusene med oppdrag å samarbeide med primærhelsetjenesten og alle kommuner.

*Det er et nevrologisk miljø ved HSYK MSJ som i dag yter et betydelig antall polikliniske konsultasjoner per år i Mosjøen. Det er viktig å innrette det fremtidige tjenestetilbudet slik at dette fagmiljøet ikke går til grunne.*

Kommentarer:

1. Nevrologi er et fagfelt som ifølge FSU er anbefalt til å flyttes til Sandnessjøen.
2. Nevrologi er et fagfelt som er viktig i samspill med indremedisin og fysikalsk medisin og rehabilitering.
3. Mange nevrologiske pasienter er kronikere og det kan med fordel gis et poliklinisk tilbud til disse pasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn i Mosjøen.

Konklusjon: Det er viktig at det nevrologiske miljøet tilknyttes det indremedisinske fagmiljø og FMR i Sandnessjøen. Det kan etableres et nevrologisk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

*Det er behov for øye- og hudlegetjenester. Det er en avtalespesialist i Mosjøen (øye) og på Mo (hud), men ventetiden her er lang, så et poliklinisk tilbud også fra sykehuset på disse fagområdene vil være kjærkomment for pasientene.*

Kommentarer:

1. Helgelandsfunksjoner i Mosjøen flyttes til hovedsykehuset i Sandnessjøen (vedtak og FSU)
2. Et eventuelt poliklinisk tilbud innen urologi, hud, øye, nevrologi og plastikk kirurgi vil derfor betjenes gjennom ambulering i all hovedsak fra Sandnessjøen.. Størrelse på et poliklinisk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. En for stor aktivitet på poliklinikken i Mosjøen vil kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
3. Noen av helgelandsfunksjoner som i dag er i Mosjøen krever spesialrom og utstyr som er kostnadsdrivere.
4. Det polikliniske tilbudet i Mosjøen burde i all hovedsak være et tilbud for pasienter fra Grane Hattfjelldal og Vefsn med sammensatte og langvarige sykdommer.

Konklusjon: Det kan vurderes å etablere polikliniske tjenester i Mosjøen for fortrinnsvis kronikere og kreftpasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn. Innhold og dimensjonering må vurderes i hvert fagfelt.

*Av de indremedisinske konsultasjonene er det særlig kardiologiske undersøkelser som benyttes i stor grad i dag, men også gastroenterologisk (endoskopier) og pulmonologisk kompetanse (oppfølging lungecancer) er kjærkomment. Eventuelle sykepleierdrevne poliklinikker bør være støttet av leger med rett spesialistkompetanse.*

Kommentarer:

1. Fagfeltet indremedisin er i vedtaket anbefalt flyttet til hovedsykehuset. Et eventuelt poliklinisk tilbud indremedisin vil derfor betjenes gjennom ambulering fra sykehusene. Størrelse på et poliklinisk indremedisinsk tilbud vil være avhengig av ressurstilgang og behov. Videre kan en for stor aktivitet på poliklinikken kunne svekke fagmiljøet i hovedsykehuset pga. hyppig «fravær» av spesialister.
2. Tilbudet som skal gis i Mosjøen bør innrettes mot kronikere i Vefsn, Grane og Hattfjelldal.
3. Sykepleierdrevne poliklinikker for eksempelvis diabetikere, lungepasienter og kreftpasienter kan være meningsfulle gode tilbud i Mosjøen.
4. Se tidligere vurdering og kommentarer om dette temaet i dokumentet.

Konklusjon: Det kan etableres et poliklinisk indremedisinsk tilbud i Mosjøen fortrinnsvis for kronikere, kontrollpasienter og kreftpasienter fra Grane, Hattfjelldal og Vefsn.

*Billeddiagnostikk-utstyr inkludert CT (relatert til en eventuell nevrologisk poliklinikk og event. slagdiagnostikk) er også ønsket. Røntgenapparatet kan med fordel være mobilt (røntgen thorax på sykehjem etc.)*

Kommentarer:

1. Det radiologiske tilbudet i Mosjøen vurderes opp mot behovet innenfor poliklinisk virksomhet, behovet for røntgentjenester i primærhelsetjenesten og eventuelt behov for CT i forbindelse med diagnostisering og behandling av hjerneslag.
2. MR undersøkelser er ikke tiltenkt Mosjøen i FSU.
3. Det er viktig at de radiologiske miljøene i Mosjøen og Sandnessjøen forenes.
4. Mobil røntgenenhet er nevnt i faglig strategisk utviklingsplan og kan være et tiltak for å kunne gi et tilbud til eldre og skrøpelig i primærhelsetjenesten i kommunene med en viss avstand til røntgenavdelingene.
5. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet.

Konklusjon: Det etableres vanlig røntgen tjeneste i Mosjøen, men ikke MR. CT vurderes i forhold til slagbehandling og prehospitale tjenester.

### *Dialyse*

Kommentarer:

1. FSU anbefaler å beholde dialysen i Mosjøen.
2. Dialysen er et viktig tilbud for nyresviktpasienter (kronikere) i Grane, Hattfjelldal og Vefsn.
3. Se tidligere vurderinger og kommentarer i dette dokumentet.

Konklusjon: Det anbefales å beholde dialyse i Mosjøen

*Ønsker gjerne flere fag blir representert i poliklinikken, det vil være bra for det faglige miljøet og samhandlingen, skaper en aktivitet som i seg selv er bra. For oss (fastlegene) spiller det imidlertid liten rolle om tilbud innen f.eks. hud/øye ligger en times reisevei unna.*

Kommentarer:

1. Poliklinisk aktivitet i de enkelte fag er kommentert i hvert fag.
2. Omfanget av den daglige aktiviteten er avhengig av ressurstilgang og behov.
3. Innspillet er tatt til orientering.