

## Møtereferat

<i>Møtetype</i>	Møte mellom HSYK og brukerutvalget - møteserie knyttet til vedtakspkt. 4, fremtidig tjenestetilbud i Mosjøen
<i>Møtedato</i>	09.09.22
<i>Møtested</i>	Bakkengården, Mosjøen
<i>Tilstede</i>	Fra brukerutvalget: Tove Linder Aspen, Steinar Arnesen, Grete Bang, Dag Utnes, Hilde Valrygg Vik, Liv Jamtli, Fra HSYK: Prosjektudir. Ole Hope, prosjektkoordinator Merethe Myrvang, rådgiver Eystein Hauge, Henrik Skaret
<i>Ref.</i>	Merethe Myrvang og Henrik Skaret

1.	<p>Gjennomgang av presentasjon (vedlegg 1) v/prosjektleder Ole Hope. Innramming/premisser for videre arbeid. Presentasjon av plan for videre møteserie. Ønske om å få opp alle de gode ideene som kan danne grunnlag for tjenestetilbudet i MSJ. Vi ønsker å få fram gode, fleksible modeller, viktig at brukerutvalget kommer med sine innspill Gjennomgang av handlingsrommet - hva er gitt gjennom vedtak, hva ligger åpent for fortsatt diskusjon? Ønsker gjerne innspill også på det som ligger utenfor vedtaket, kan det være elementer her som kan bygges videre på/tenkes nytt rundt? Presentasjon av hovedalternativet og skisseprosjektet (konseptfasen steg 2)</p> <p>Møteserie knyttet til vedtakspunkt 4 (fremtidig tjenestetilbud i Mosjøen) gjennomføres for kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal, fastleger i samme område, brukerutvalget og ansatte i Helgelandssykehuset høsten 2022.</p> <p>Prosjektet forholder seg til vedtak i overordnede organer. Omgivelsene har endret seg - den anstrengte øk. situasjonen i foretaket og regionen kan påvirke beslutninger og iverksetting av tiltak. Styret har bedt om en snarlig avklaring av framtidig tilbud i Mosjøen.</p> <p>Referat publiseres på nettsidene til Helgelandssykehuset.</p>
2.	<p>Gjennomgang av presentasjon - prehospitale tjenester v/Eystein Hauge (vedlegg 2) Akuttkjeden består av flere ledd - delt ansvar mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. En ev. samlokalisering av legevakt/ambulansetjeneste kan gi gode effekter. Innspill fra brukerutvalget: Beroligende å få presentert dette. Innholdet bør kommuniseres til befolkningen, det vil ta bort noe av utryktheten mange føler, viktig at folk er kjent med fakta.</p>
3.	<p>Spørsmål fra brukerutvalget</p> <p>1. Hva blir forskjellen på tilbudet i BRS og i MSJ? &gt; Vedtaket presiserer at det ikke skal være døgntilbud (senger) i MSJ. I BRS er det planlagt for åtte intermedieære senger, to kommunale</p>

<p>2. Legevaktbil - er det aktuelt bare for Vefsn, eller i samarbeid med Grane og Hattfjelldal? - Ikke opp til foretaket å mene noe om. Dialog med kommunene essensielt, vi støtter gjerne opp om løsninger rundt legevaktbil</p> <p>3. Det er et akutt-tilbud/intensivavdeling i MSJ i dag. Hva om det skjer alvorlige ulykker i industrien? - Viktig å presisere at det kun er akutt indremedisin i dag. Foretak og kommuner er pålagt å ha gode beredskapsplaner, viktig med tett samarbeid om disse.</p> <p>4. Hvem skal tegne/utforme sykehuset? - Innleide arkitekter skal utforme skisser etter innspill bl.a. fra funksjonsgruppene</p> <p>5. Det somatiske spennet hos psyk. pasienter er vidt – hvordan dekke dette i MSJ? - Det primære kontaktpunktet vil være fastlegen. Vår jobb vil være å gjøre dette så sømløst som mulig.</p> <p>6. Er det tegnet inn blodbank? - Mulighet for blodgivning, hovedprogrammet inneholder en mindre lab. Dette skal vurderes videre i steg 2.</p> <p>7. Vil poliklinikk, infusjoner og dialyse videreføres i MSJ? - Ja, tilbudet er tenkt tilpasset behovet i området.</p> <p>8. Er spørsmålet om CT avgjort? - HSYK utreder dette videre, i dialog med egen organisasjon, brukere og kommuner. En tung investering, vi må hvordan dette kunne forsvares økonomisk - bruk utover akutte hjerneslag-tilfeller.</p> <p>9. Skal det være AMK og legevaktsentral på begge sykehus? - Kun i SSJ.</p> <p>Innspill fra brukerutvalget:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ «Innspillet vårt gjelder alle med sammensatte behov. Pasienter med sammensatte problemstillinger innen psykiatri, somatikk og rus møter ofte et oppdelt helsevesen og blir sendt rundt mellom flere lokasjoner og fagfelt. Som pårørende til de med disse problemstillingene har vi sett hvor viktig det er med samarbeid mellom berørte parter. Vi kunne ønsket oss en tverrfaglig enhet hvor alle behandlere samles rundt pasienten. Dermed sikrer en bedre utredning og mer helhetlig behandling for pasienten. Dette kunne gitt et lærerikt og spennende arbeidsmiljø for de ulike fagfolkene som lærer av hverandre. Skal behandling være til nytte må kommunen være involvert hele veien. Livet leves ikke på behandlingsplassen, den leves i kommunene.»</li><li>➤ Lokaler må legges til rette for at ulike instanser kan møtes rundt pasienten, på tvers av fag/nivåskiller.</li></ul>
---

- Opptatt av det somatiske tilbudet - bra at det er tegnet inn kjemoterapi og røntgen.
- Ønsker å beholde det urologiske tilbudet i Mosjøen. Et sterkt fagmiljø som det vil være uheldig å måtte bygge opp på nytt
- For pasientene er det trygt og enkelt med tilbud nært, spesielt kronikere og de med sammensatte lidelser er storforbrukere av tjenestene
- Ønsker egen inngang for pasientgrupper som har behov for skjerming. Ønsker også egne arealer hvor pasienten kan oppholde seg når det er lenge mellom konsultasjoner m.m.
- Det oppleves som problematisk å måtte reise til Mo eller Sandnessjøen for diagnostikk når videre behandling skal skje i kommunen.

Neste møte i møteserien:

**Fredag 23. september kl. 10.00 - 12.00**  
**Bakkengården, Mosjøen**

Til opplysning: Referat fra møtene med Vefsn, Grane og Hattfjelldal samt fastleger fra samme område blir publisert på denne siden:

<https://helgelandssykehuset.no/om-oss/nye-helgelandssykehuset/motereferater>

Vedlegg 1: Presentasjon v/Ole Hope

Vedlegg 2: Presentasjon v/Eystein Hauge



# Nye Helgelandssykehuset Konseptfasen

Medvirkningsprosess sep/okt 2022

Kvalitet

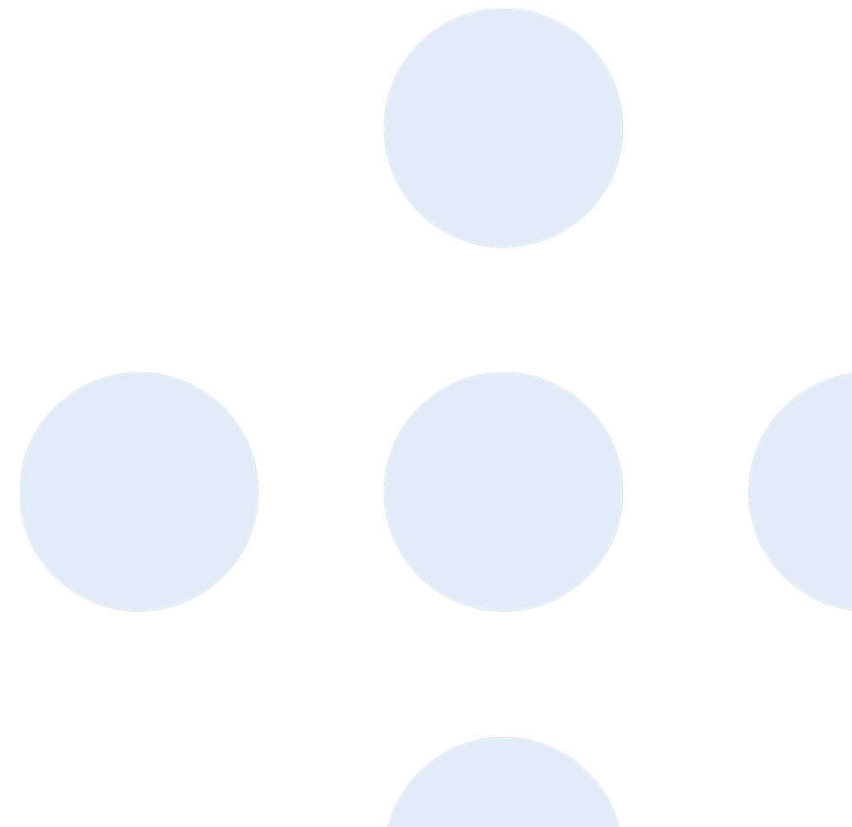
Respekt

Trygghet

## Tidsplan ekstern medvirkningsprosess

---

- Torsdag 08.09.22 – Kommuner og fastleger
- Fredag 09.09.22 – Brukerutvalg
- Torsdag 22.09.22 – Kommuner og fastleger
- Fredag 23.09.22 – Brukerutvalg
- Torsdag 06.10.22 – Kommuner
- Torsdag 27.09.22 - Kommuner



## Kommunikasjon og dokumentasjon

---

- Det vil bli utarbeidet referat med vedlagte presentasjoner fra alle møter i den eksterne medvirkningsprosessen
- Referatene vil bli sendt til kommunene/brukerutvalget for godkjenning
- Referatene vil etter godkjenning bli kunngjort på Helgelandssykehusets nettsider





## Bakgrunn

Kvalitet

Respekt

Trygghet

Oppdrags-  
dokument 2013,  
grunnlag for  
prosjektutvikling

Foretaks møte,  
Åpning for  
endret  
struktur

Ekstern  
ressursgruppe,  
Dialogmøter,  
høringer og  
fagspesifikke møter

Foretaks møte  
Strukturvedtak

Konseptfase,  
Steg 1

2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Utviklingsplan  
(OEC,  
Hospitalitet)

Idéfase,  
Helgelandssykehuset 2025. Høringer og flere alternativer

Konseptfase,  
Steg 0

Konseptfase,  
Steg 2

## Nye Helgelandssykehuset - tidslinje



PÅ NÆRT HOLD: Helse- og omsorgsminister Bertil Høie besøkte Vega for å studere ambulansébåtene i Helgelandssykehuset.

FOTO: SIMEN ALDRA, BA

# – Jeg har siste ord

Brønnøysunds Avis, 5. aug 2016

### Helseministeren: Strukturvedtaket ligger fast



Helgelands Blad, 24. jun 2022





## Helgelandssykehusets oppdrag:


### Foretaksmøtet i Helse Nord RHF 27. januar 2020:

- **Vedtaks punkt 2:** Strukturen på det somatiske tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset skal baseres på modellen med *ett sykehus som etableres på to lokasjoner* som følger: **a) Helgelandssykehuset Sandnessjøen etableres som helseforetakets hovedsykehus** med følgende funksjoner: **Akuttsykehus** med indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaktsamarbeid med Nordlandssykehuset). Det foreslås videre at Helgelandssykehuset Sandnessjøen skal ha urologi, plastikk-kirurgi, spesialisert rehabilitering/fysikalsk medisin, og øre-nese-hals som krever sengekapasitet. **b) Helgelandssykehuset Mo i Rana etableres som akuttsykehus:** Indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, ortopedi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaktsamarbeid med Nordlandssykehuset HF). c) DMS i Brønnøysund planlegges som forutsatt.

Helseforetakets hovedkontor og ledelse legges til hovedsykehuset i Sandnessjøen.

## forts.:

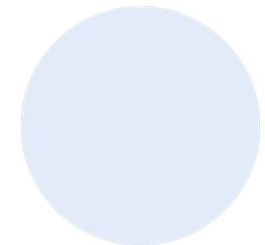
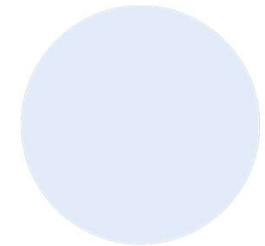
---

- **Vedtaks punkt 3:** Sykehuset i Mo i Rana lokaliseres **ved** nåværende bygningsmasse. Lokaliseringen av sykehuset i Sandnessjøen og omegn avgjøres i konseptfasen.
  - **Vedtaks punkt 4:** *I konseptfasen* utredes etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen. Som del av utredningen vurderes også det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern.
  - **Vedtaks punkt 5:** Styret forutsetter at **Helgelandssykehuset HF skal drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokalisasjoner**. Befolkningen skal møte en kunnskapsbasert praksis, og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med kvalitet.
- 

## Premisser i det videre arbeid

---

- Helgelandssykehusets administrasjon forholder seg strengt til vedtak som er fattet i styrer og departement
- Utsagn som ikke er dokumentert gjennom vedtak er ikke en premiss i sykehusets videre planlegging og arbeid
- Sykehuset har en anstrengt økonomisk situasjon. Dette vil påvirke beslutninger og tempo ved iverksetting av tiltak
- Vi legger til grunn at utviklingen av Nye helgelandssykehuset er en dynamisk prosess innenfor de rammer sykehuset er gitt
- Sykehuset og spesialisthelsetjenesten er i konstant faglig og organisatorisk utvikling som kontinuerlig påvirker valg av løsninger og oppgavefordeling





## Hvorfor ekstern medvirkning?

**Vi må skape sammenhengende og pasientsentrerte helsetjenester**

Pasientenes behov for helsetjenester er utgangspunktet for vår virksomhet, og pasientenes perspektiver skal alltid ligge til grunn i vårt planarbeid. Pasientsentrerte helsetjenester må henge sammen på tvers av forvaltningsnivåene. Pasientene er derfor avhengige av at helseforetakene og kommunene jobber godt sammen. Helseforetakene må følgelig involvere de kommunene som er relevante samarbeidspartnere i sitt planarbeid - og vice versa.

**Vi har et lovpålagt ansvar**

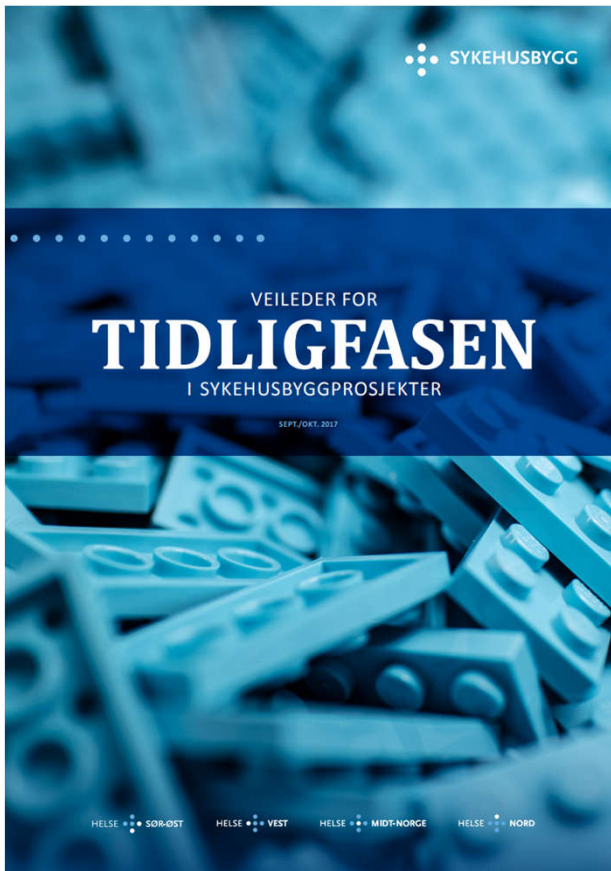
Spesialisthelsetjenesten har et [lovpålagt ansvar](#) om å inngå samarbeid med kommunene, og kommunene har på sin side [en tilsvarende plikt](#) til å samarbeide om med spesialisthelsetjenesten. Av loven fremgår det at “Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester”

**Vi har klare styringssignaler**

I [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#) leser vi at “en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste” er et av hovedmålene. Dette utdypes ytterligere i [Oppdragsdokumentet for 2022](#) hvor vi leser at “Pasienter, brukere og pårørende skal oppleve en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste på tvers av forvaltningsnivå og fagområder.” Helsefelleskapene mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner er en sentral plattform for dette arbeidet.



## Veilederen for tidligfasen i sykehusbygg-prosjekter nevner bare ordet «kommune» ett sted i selve teksten, og ingen steder i medvirknings-kapittelet



### Kap 6 - Avklaring av lokalisering

«I arbeidet med lokaliseringsanalysen involveres aktuelle kommuner vedrørende lokaliseringalternativene» (side 16)

- Ordet «kommueplaner» nevnes på samme side ifm. mulig krav om konsekvensutredning (KU)
- Ordet «vertskommunene» nevnes i Appendix H, da i forbindelse med kvalitetssikring av utviklingsplanen og tilhørende samhandling med primærhelsetjenesten (Utviklingsfasen ligger til grunn for prosjektinnrammingen, eller idefasen som det tidligere het, altså forut for konseptfasen)




### Kap 11 - Medvirkning fra brukere og ansatte

«Medvirkningsprosesser må inkludere brukerrepresentanter, ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste» (side 29)




# Vi tror like fullt Nye Helgelandssykehuset kan gi et bedre tilbud til pasientene om kommunene medvirker i konseptfasen, men det er da nyttig med noen prinsipper

Vi har derfor sett til «Veiledende retningslinje for involvering av private aktører i spesialisthelsetjenestens plan- og utviklingsarbeid», vedtatt av AD-møtet i RHF'ene tidligere i år, for lete etter prinsipper som kan være til hjelp for når og hvordan en tredjepart skal involveres i spesialisthelsetjenestens konseptfasearbeid. Vi forstår at denne retningslinjen ikke er direkte overførbart til involvering av kommunene, men det er likevel verd å reflektere over noen av prinsippene:

## 3. Hvem – kriterier for hvem vi skal involvere

<b>Relevans</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>De som involveres skal være relevante aktører i forhold til den aktuelle planen. Eksempel på kriterier for relevans kan være nivå, geografi, funksjon, kompetanse og volum.</li> </ul>
<b>Verdi</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Involvering skal skape verdi for pasienten. Dersom det ikke øker verdien, er ikke involvering nødvendig. Verdi for pasienten uttrykkes ofte gjennom behandlingskvalitet, pasientens opplevelser (PREM og PROM) eller andre forbedringer.</li> </ul>
<b>Likebehandling</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktørene skal så langt det er formålstjenlig behandles likt. Involvering kan også foregå gjennom representasjon der det er hensiktsmessig.</li> </ul>

## 4. Hvordan – overordnede prinsipper for involvering og godt samarbeidet

<b>Gjensidighet</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Vi respekterer hverandres ulike roller, men forventer at alle aktørene deler sine relevante planer på tvers av pasientforløpet. Dette for å sikre sammenhengende planer og forståelse på tvers.</li> </ul>
<b>Pasientens ståsted</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Vi skal alltid ta utgangspunkt i pasientens ståsted, og vektlegge og fremme det som er viktig og kan gi verdi for pasienten.</li> </ul>
<b>Samarbeidsklima</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Vi skal ønske hverandre vel, spille hverandre gode og bidra individuelt og samlet til god stemning. Godt samarbeidsklima fordrer at alle bidrar til dette.</li> </ul>



## Valgt konsept

Kvalitet

Respekt

Trygghet



# Effektmålene for Nye Helgelandssykehuset

---

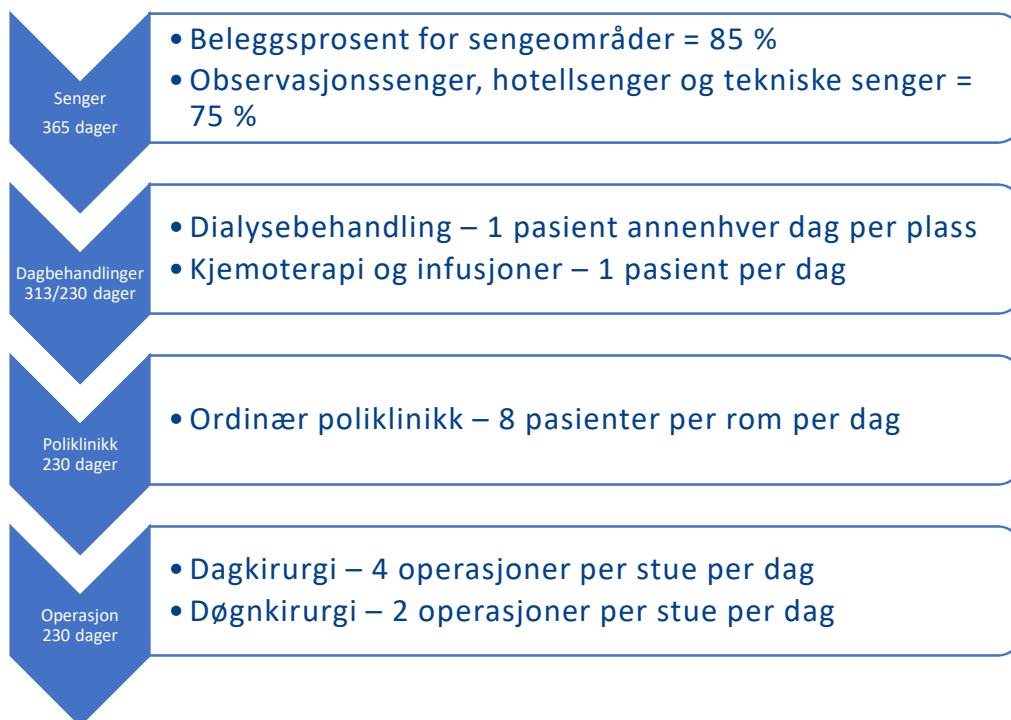
1. Enhetene i Helgelandssykehuset skal driftes som ett sykehus
2. Videreutvikle et helhetlig tjenestetilbud til pasientene på Helgeland
3. Pasienten mottar en kunnskapsbasert tjeneste med god kvalitet i Helgelandssykehuset
4. Helgelandssykehuset er en attraktiv arbeidsplass med stabilt fagmiljø, godt arbeidsmiljø og riktig kompetanse
5. Helgelandssykehuset er tilrettelagt for utdanning, opplæring, forskning og kompetanseutvikling
6. Helgelandssykehuset er et ressurs- og kostnadseffektivt sykehus
7. Helgelandssykehuset har effektive, funksjonelle og bærekraftige sykehusbygg
8. Helgelandssykehuset er et grønt sykehus



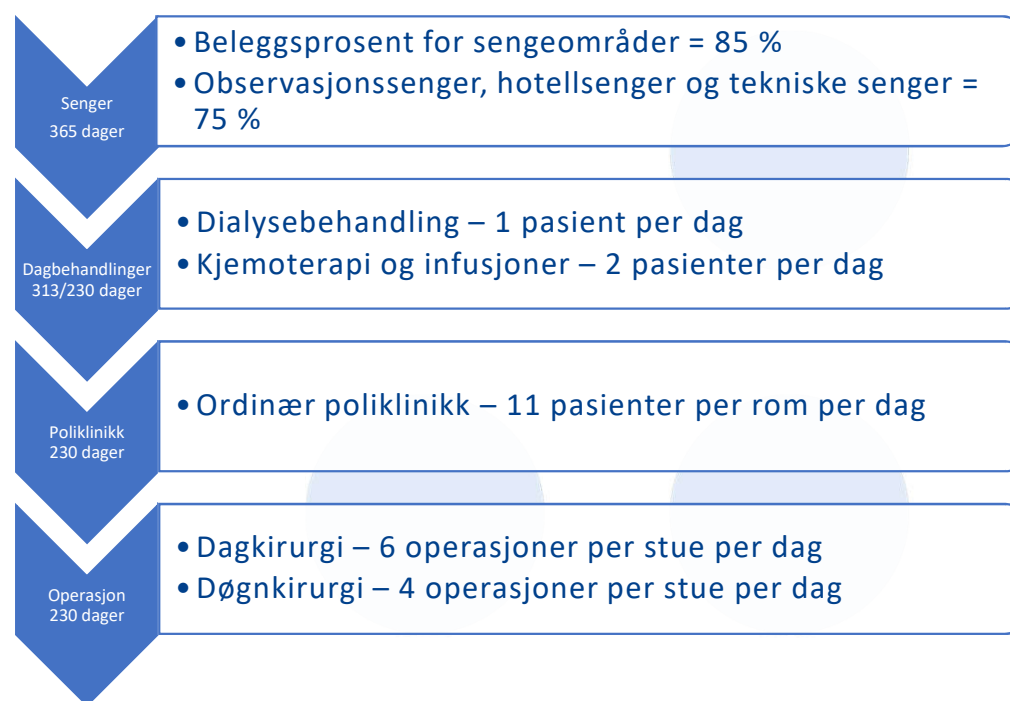
# Det foreslås å bygge sykehus som har kapasitet for framtiden tilpasset lokale forhold



## • Helgelandssykehuset



## • Middels utnyttelsesgrad





# I Mosjøen planlegges en omstrukturering og ombygging som er identisk for alle de tre alternativene

**Oppgradering ca. 8 800 kvm**

**Ingen tiltak ca. 2 800 kvm**

**Avviklet areal PHV/TSB: 5 500 kvm**

**Totalt areal ca. 11 600 kvm**



# Også i Mo i Rana planlegges omstrukturering, ombygging og tilbygg som er lik for de tre alternativene



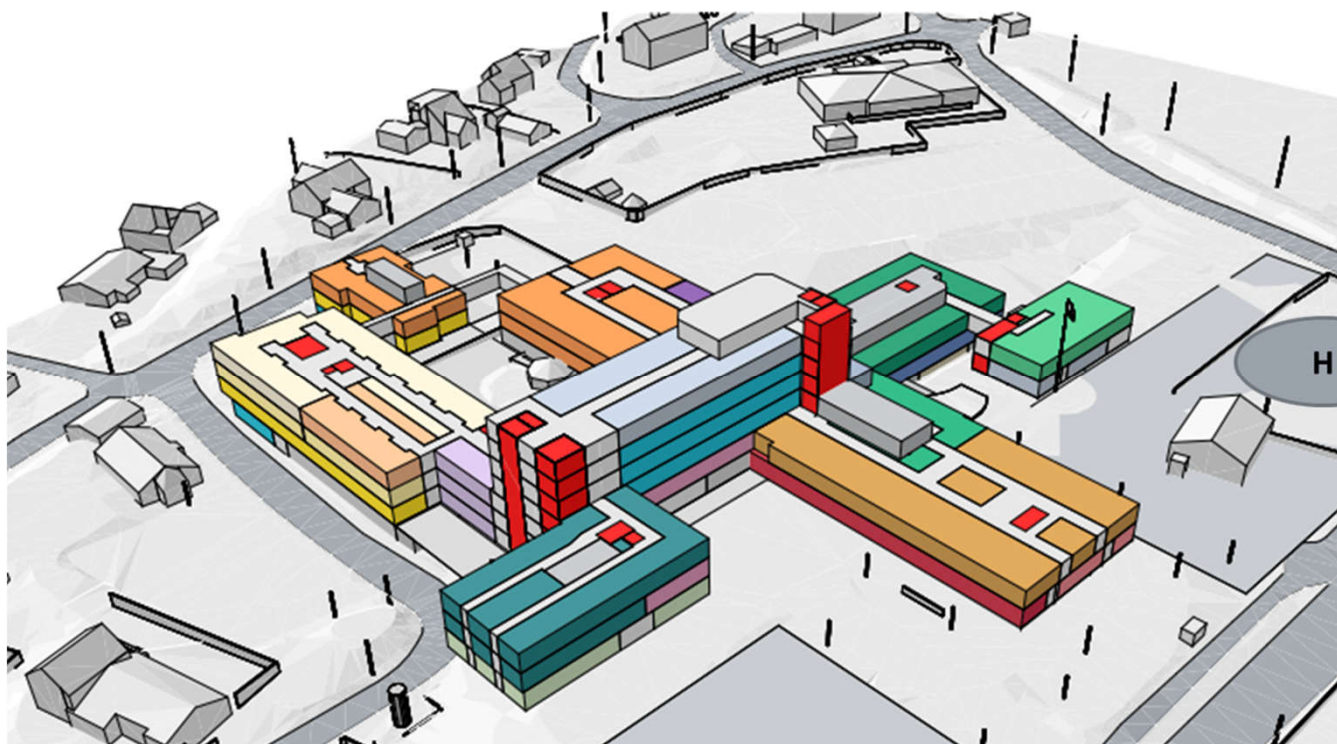
**Tilbygg ca. 3 600 kvm**

**Oppgradering ca. 14 600 kvm**

**Ingen tiltak ca. 6 200 kvm**

**Avviklet areal PHV/TSB: 4 000 kvm**

**Totalt areal ca. 24 400 kvm**



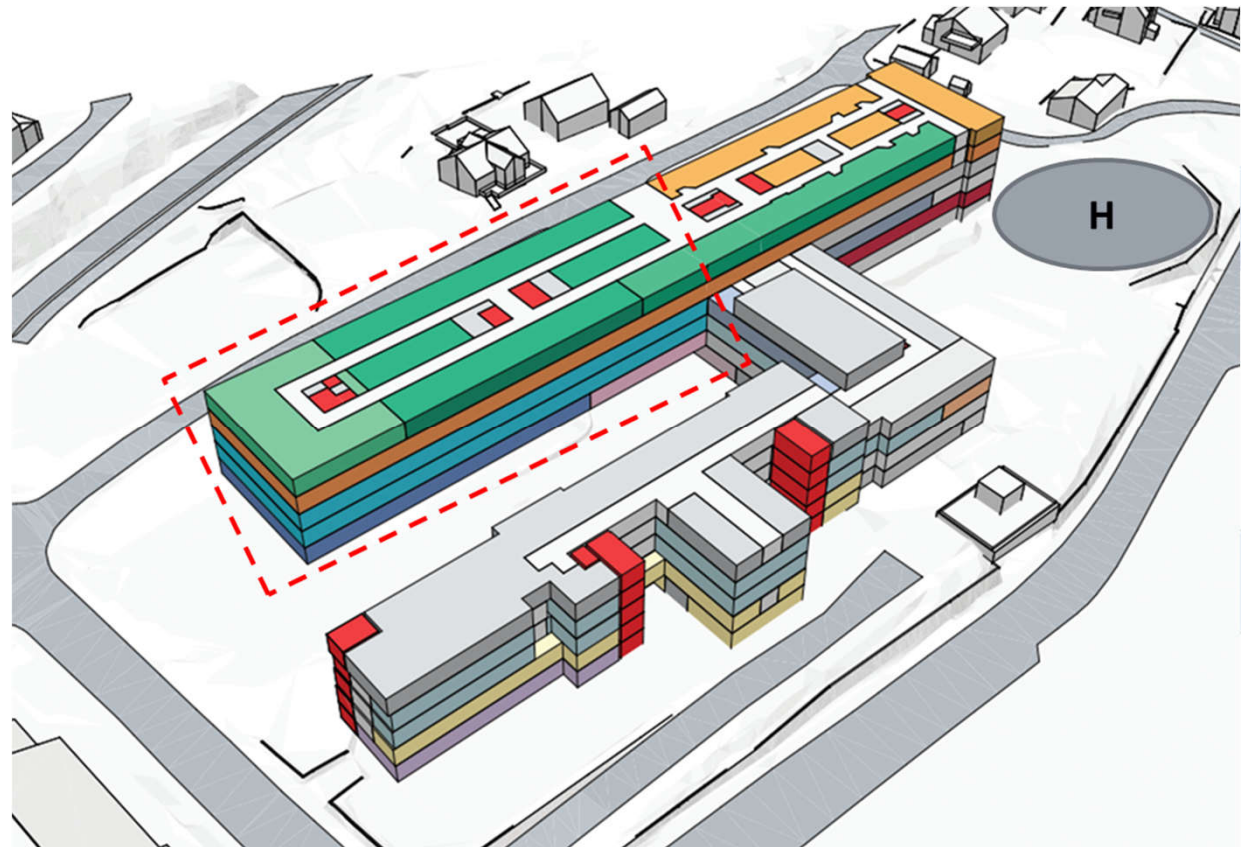
# Alternativ 3 i Sandnessjøen er et nybygg i kombinasjon med oppgradering og omstrukturering av eksisterende bygningsmasse



Nybygg ca. 13 000 kvm

Oppgradering ca. 14 900 kvm

*Totalt areal ca. 27.900 kvm*





## Styret i Helgelandssykehusets beslutning

Kvalitet

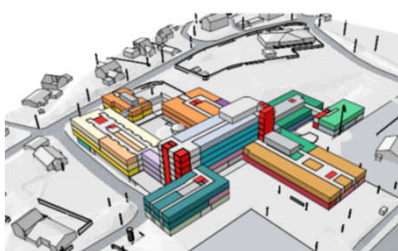
Respekt

Trygghet

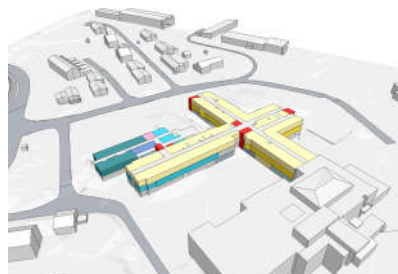
# Valget er alternativ 3 - et kvalitativt godt og enhetlig sykehus på tre steder



**Sandnessjøen – Nybygg og ombygging**  
**Samling somatikk og psykiatri/rus**



**Mo i Rana – Ombygging og nytt sengebygg**  
**Samling somatikk og psykiatri/rus**



**Mosjøen – Ombygging og oppgradering**  
**Samling somatikk og psykiatri/rus**

- Ett sykehus på tre steder utviklet med tanke på å ha like prinsipper for plassering av funksjoner uavhengig av lokalisasjon
- Det er lagt til rette for samsvarende kvalitet i rom og tekniske løsninger på tvers av lokalisasjoner
- Arealene har tilstrekkelig kapasitet og er hensiktsmessig samlet for ressurseffektive tjenester
- Det er lagt til rette for samlokalisering med primærhelsetjenestene
- Løsningen legger til rette for mer integrert virksomhet mellom psykisk helse, somatikk og sykehusapotek
- Funksjoner er plassert riktig ut fra nærhetsbehov, avhengigheter og sikkerhet med god og sammenhengende pasientflyt inkludert løsninger for adkomst, heiser og heiskapasitet
- Løsningen har muligheter for gode og hensiktsmessige arealer til personalrettede funksjoner, fleksible arbeidsplasser, arealer for kompetanseutvikling og gode adkomstforhold
- Arealer for utdanning, forskning og kompetanseutvikling er lett tilgjengelige og integrerte. Det er også lagt til rette for sambruk og flerbruk av arealer

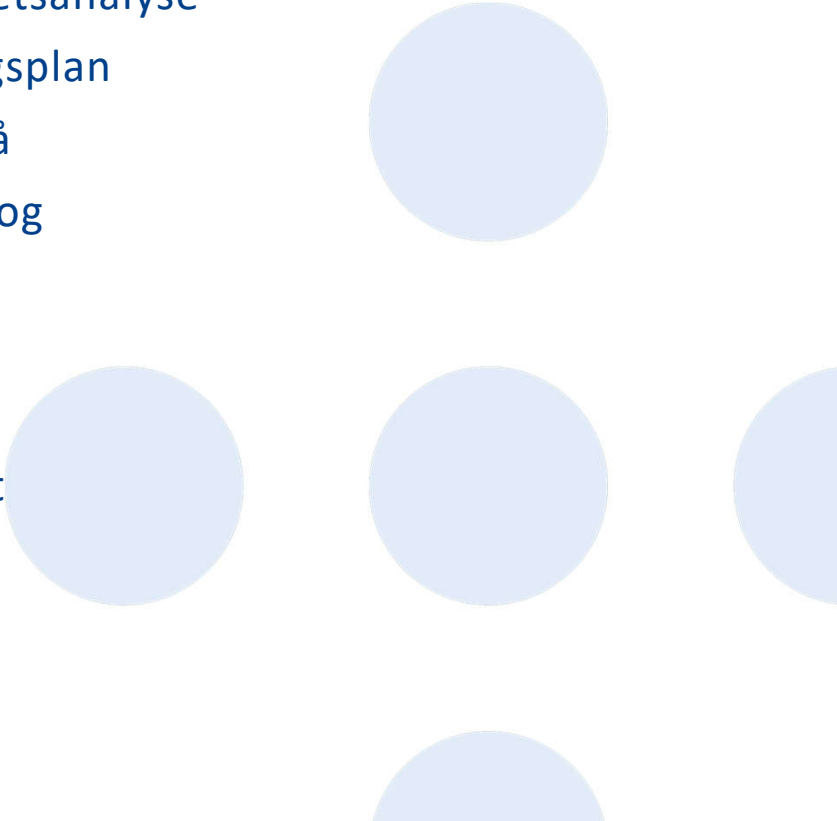


# Styret i Helgelandssykehuset HF har fattet følgende vedtak

1. Styret i Helgelandssykehuset HF slutter seg til vurderingene og konklusjonene i Konseptrapport steg 1 for Nye Helgelandssykehuset (vedlegg 1).
2. Styret i Helgelandssykehuset vedtar alternativ 3 som hovedalternativ:
  - Nybygg, oppgradering og omstrukturering av dagens bygg på eksisterende sykehustomt i Sandnessjøen
  - Tilbygg, oppgradering og omstrukturering ved dagens somatiske sykehusbygg i Mo i Rana
  - Oppgradering og omstrukturering ved dagens somatiske sykehusbygg i Mosjøen
3. Styret ber administrasjonen om å videreutvikle hovedalternativet med mål om å komme innenfor rammene av økonomisk bæreevne, samtidig som en ivaretar føringene gitt i styringsdokumentet.
4. Styret ber administrasjonen om å arbeidere videre med bæreevneanalysen med den hensikt å vise muligheter for å forbedre foretakets finansielle bæreevne.
5. Styret tar rapporten «Ekstern kvalitetssikring av konseptfasen, Delrapport 1» til etterretning.
6. Styret i Helgelandssykehuset ber adm. dir. om snarlig å legge frem en plan for hvilke tilbud som skal gis i Mosjøen.

## Konseptfasens steg 2 omfatter følgende hovedaktiviteter

---

- Utdype valgt hovedalternativ – Skisseprosjekt
  - Utarbeide kalkyle, gjennomføre LCC analyser og usikkerhetsanalyse
  - Analysere økonomisk bæreevne og utarbeide finansieringsplan
  - Utarbeide gevinstrealiseringsplan på minimum klinikknivå
  - Gjennomføre og avslutte ekstern kvalitetssikring – følge- og sluttevaluering
  - Oppstart reguleringsprosess for valgt hovedalternativ
  - Vurdere gjennomførings- og kontraktstrategi
  - Oppdatere styringsdokument med mandat for forprosjekt
  - Grunnlag for B3-beslutning iht. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* og lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet
- 





## Diskusjon

Kvalitet

Respekt

Trygghet

### Struktur-vedtak



### Faglig strategisk utviklingsplan

- Konkretisert fagfordeling
- Framskrivning og fordeling av kapasiteter
- Fagutvikling og integrasjon

### Økonomisk bæreevne

- Beregnet vår 2021

### Tomter i Sandnessjøen

- 22 foreslåtte tomter vurderte etter definerte kriterier
- Befaringer, høringer og flere styresaker
- Tre aktuelle tomter; Rishatten, Kvernåsen og eksisterende tomt



### Hovedprogram

- Oppdatert framskrivning av aktivitet og demografi
- Utnyttelsesgrader
- Beregning av kapasiteter

### Økonomi

- Økonomisk bæreevne beregnet 2022
- Basiskalkyle gjennomført 2022
- Usikkerhet beregnet 2022



### Konseptvalg til steg 2

- Nybygg, ombygging og omstrukturering ved eksisterende sykehus i Sandnessjøen
- Tilbygg, ombygging og omstrukturering i Mo i Rana,
- Ombygging og omstrukturering i Mosjøen

## Beslutningsstreken

- Poliklinisk somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen.
- Beregnet «dekningsgrad» for polikliniske tjenester i Mosjøen og Brønnøysund
- Beregnet overføring av kapasiteter til Mosjøen og Brønnøysund
- Forholdstall mellom intensiv-, overvåking- og normalsenger ved akuttisyrkehusene
- Implementering av observasjon- og hotellsenger ved akuttisyrkehusene
- Spesialist- og kommunehelsetjenester - samarbeid og sambruk av arealer og kapasiteter
- Sykehus, utdanning- og forskningsinstitusjoner – samarbeid og sambruk av arealer og kapasiteter
- Innspill vedrørende andre muligheter
- Muligheter for ansatte til å jobbe i både kommune og sykehus
- Pendling/ambulering



# Prehospitale tjenester

Pål Madsen  
Kliniksjeff

Kvalitet

Respekt

Trygghet



# Kjeden som redder liv



Kristine  
Marla  
Åge  
Per Henning  
Nicholas

Foto: Therese Jægtvik, Helgelands Blad

# Dagens ambulansetjeneste Vefsn, Grane og Hattfjelldal

## 16 000 innbyggere

---

- 4 ambulanser i døgnberedskap
  - Mosjøen 2
  - Trofors 1
  - Hattfjelldal 1
- Ambulansestatistikk fra de tre kommunene 2021

• Antall oppdrag	3538	
• Hastegrad akutt	1064	(AMKs vurdering)
• Triage rød og orange	815	(ambulansens vurdering)
• Av disse til sh MSJ	413	

# Responstider (minutter) ved hastegrad akutt 2021

(fra det ringer i AMK til ambulansen er framme)

## Vefsn

- Median 08:00 min.
- 90 percentil 20:00 min. (Byen Mosjøen: 13:00 min.)

## Grane

- Median 12:00 min.
- 90 percentil 37:36 min.

## Hattfjelldal

- Median 09:00 min.
- 90 percentil 32:36 min.

### Anbefalte responstider

St.meld. 43 (1999 -2000):

90-percentil

Tettbygd strøk: 12 minutter

Utenfor tettbygd strøk: 25 minutter

# Kjøretid fra kommunesentrene til Sandnessjøen

(ambulansen kjører «utrykning» med pasient om bord)

---

Fra

Mosjøen: 45 min.

Trofors: 70 min.

Hattfjelldal: 90 min.

Til Selfors, Mo i Rana, ca. 20 minutter lenger

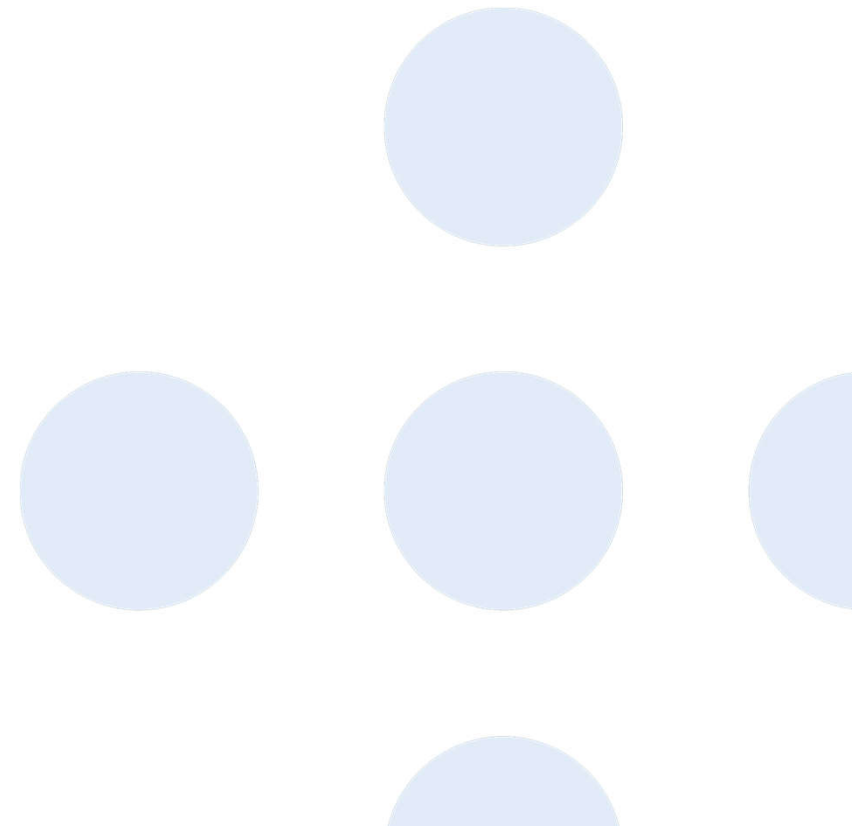
Veldig avhengig av kjøreforhold, trafikk og pasientens tilstand

# Tilstander der prehospitale tider og tiltak kan ha betydning for overlevelse

---

«First Hour Quintet» (European Resuscitation Council)

- Hjertestans
- Alvorlige pustevansker
- Alvorlig skade
- Sterke brystmerter
- Hjerneslag
- Sepsis med organsvikt





# Generelt om kompetanse

---

## **Bilambulanse**

- 2 autoriserte ambulansesarbeidere
  - Fagarbeider, paramedisiner, sykepleier
  - Videreutdanning (nasjonal paramedic, innsatsledelse, psyk/rus, farmakologi)
  - Master in Prehospital Medical Care
  - Sertifisering, resertifisering
- Prosedyresamarbeid med en rekke andre helseforetak
  - FRAM, fagråd

## **Ambulansehelikopter, redningshelikopter**

- Lege, spesialist i anesthesiologi, redningsmann (sykepleier/paramedic)

## **Ambulansefly**

- Sykepleier, videreutdannet i anesthesi- eller intensivsykepleie



**Den akuttmedisinske kjeden er kanskje den som delen av medisinen som krever størst grad av samhandling – fordi ansvaret er delt, samtidig som det haster.**

**Vi har derfor en egen akutforskrift som forsøker å detaljere ansvaret**

### § 9. Krav til utstyr i kommunal legevakt

Kommunen skal sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåkning i akutte situasjoner.

Kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart.



### § 10. De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester

De regionale helseforetakenes ansvar for ambulansetjenester omfatter

- å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt frem til alvorlig syke eller skadde pasienter
- å utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten
- å bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted og mellom behandlingssteder
- å ha beredskap for å kunne dekke behovet for ambulansetjenester ved større ulykker og kriser innenfor egen helseregion og på tvers av regions- og landegrensene
- å ha beredskap for nødvendig følgetjeneste for gravide til fødestedet og
- å delta i enkle søk og redningsoperasjoner.

De regionale helseforetakene har ansvar for at bil-, båt- og luftambulansetjenesten i nødvendig grad er samordnet nasjonalt.



## Potensielt tidskritiske tilstander

### Vefsn 13 233 innbyggere (SSB 2022)

(Basert på nasjonal statistikk - FHI 2020)

#### Hjerneslag

- 260 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 13 233 gir 34,4 tilfeller

#### Hjerteinfarkt (STEMI og NSTEMI)

- 250 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 13 233 gir 33,1 tilfeller

#### Sepsis med organsvikt

- 50-100 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 13 233 gir 6,6 - 13,2 tilfeller

## Ambulansetjenestens prosedyrer

#### Hjerneslag

Ambulanse gir stabiliserende behandling og kjører pasient til nærmeste enhet med CT for diagnostikk og videre behandling. Mål: snarest - innen 4 timer fra symptomstart.

#### Hjerteinfarkt

Ambulanse gir stabiliserende behandling (MONA) og sender EKG til sykehus. Dersom STEMI og ikke kontraindikasjoner, gis trombolyse i ambulansen. Mål: innen 30 minutter fra ankomst ambulanse.

#### Sepsis

Ambulanse gir stabiliserende behandling og starter antibiotikabehandling iht SIRS- og qSOFA-kriterier hvis over 20 minutter til sykehus. Lav terskel for legekonsultasjon.

# Potensielt tidskritiske tilstander

## Vefsn 13 233 innbyggere (SSB 2022)

(\*Norsk hjertestansregister)

### Hjertestans

- 86 pr. 100 000 pr. år\*
- Befolkning 13 233 gir 11,4 tilfeller

### Alvorlige pustevansker

- Lungesykdom (astma, KOLS)
- Hjertesykdom (lungeødem)
- Fremmedlegemer, infeksjon i luftveiene
- Anafylaksi m.m.

### Alvorlig skade

- Vitale parametre
- Fysiologi, anatomi, skademekanisme, spes. hensyn

## Ambulansetjenestens prosedyrer

### Hjertestans

- AMK gir telefonveiledning i basal hjerte/lungeredning  
Ambulanse yter avansert hjerte/lungeredning (NRR)
- Barn, voksne, gravide
  - Hjertekomresjonsmaskin hvis transport

### Alvorlige pustevansker

- Ambulanse gir behandling i henhold til aktuelt tiltakskort.
- Forstøver, adrenalin, cortison, CPAP, oksygen m.m.

### Alvorlig skade

- Ambulanse følger prinsippene i Nasjonal traumeplan.
- Direkte til sykehus som kan gi endelig behandling. Hvis ustabil og >45 min transporttid til traumesenter: nærmeste akutt sykehus

## Potensielt tidskritiske tilstander

### Grane 1 461 innbyggere (SSB 2022)

(Basert på nasjonal statistikk - FHI 2020)

#### Hjerneslag

- 260 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 1 461 gir 3,8 tilfeller

#### Hjerteinfarkt (STEMI og NSTEMI)

- 250 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 1 461 gir 3,7 tilfeller

#### Sepsis med organsvikt

- 50-100 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 1 461 gir 0,7 - 1,5 tilfeller

## Ambulansetjenestens prosedyrer

#### Hjerneslag

Ambulanse gir stabiliserende behandling og kjører pasient til nærmeste enhet med CT for diagnostikk og videre behandling. Mål: snarest - innen 4 timer fra symptomstart.

#### Hjerteinfarkt

Ambulanse gir stabiliserende behandling (MONA) og sender EKG til sykehus. Dersom STEMI og ikke kontraindikasjoner, gis trombolyse i ambulansen. Mål: innen 30 minutter fra ankomst ambulanse.

#### Sepsis

Ambulanse gir stabiliserende behandling og starter antibiotikabehandling iht SIRS- og qSOFA-kriterier hvis over 20 minutter til sykehus. Lav terskel for legekonsultasjon.

# Potensielt tidskritiske tilstander

## Grane 1 461 innbyggere (SSB 2022)

(\* Norsk hjertestansregister)

### Hjertestans

- 86 pr. 100 000 pr. år\*
- Befolkning 1 461 gir 1,3 tilfeller

### Alvorlige pustevansker

- Lungesykdom (astma, KOLS)
- Hjertesykdom (lungeødem)
- Fremmedlegemer, infeksjon i luftveiene
- Anafylaksi m.m.

### Alvorlig skade

- Vitale parametre
- Fysiologi, anatomi, skademekanisme, spes. hensyn

## Ambulansetjenestens prosedyrer

### Hjertestans

- AMK gir telefonveiledning i basal hjerte/lungeredning  
Ambulanse yter avansert hjerte/lungeredning (NRR)
- Barn, voksne, gravide
  - Hjertekomresjonsmaskin hvis transport

### Alvorlige pustevansker

- Ambulanse gir behandling i henhold til aktuelt tiltakskort.
- Forstøver, adrenalin, cortison, CPAP, oksygen m.m.

### Alvorlig skade

- Ambulanse følger prinsippene i Nasjonal traumeplan.
- Direkte til sykehus som kan gi endelig behandling. Hvis ustabil og >45 min transporttid til traumesenter: nærmeste akutt sykehus

## Potensielt tidskritiske tilstander

### Hattfjelldal 1 273 innbyggere (SSB 2022)

(Basert på nasjonal statistikk - FHI 2020)

#### Hjerneslag

- 260 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 1 273 gir 3,3 tilfeller

#### Hjerteinfarkt (STEMI og NSTEMI)

- 250 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 1 273 gir 3,2 tilfeller

#### Sepsis med organsvikt

- 50-100 pr. 100 000 pr. år
- Befolkning 1 273 gir 0,6 - 1,3 tilfeller

## Ambulansetjenestens prosedyrer

#### Hjerneslag

Ambulanse gir stabiliserende behandling og kjører pasient til nærmeste enhet med CT for diagnostikk og videre behandling. Mål: snarest - innen 4 timer fra symptomstart.

#### Hjerteinfarkt

Ambulanse gir stabiliserende behandling (MONA) og sender EKG til sykehus. Dersom STEMI og ikke kontraindikasjoner, gis trombolyse i ambulansen. Mål: innen 30 minutter fra ankomst ambulanse.

#### Sepsis

Ambulanse gir stabiliserende behandling og starter antibiotikabehandling iht SIRS- og qSOFA-kriterier hvis over 20 minutter til sykehus. Lav terskel for legekonsultasjon.

# Potensielt tidskritiske tilstander

## Hattfjelldal 1 273 innbyggere (SSB 2022)

(\* Norsk hjertestansregister)

### Hjertestans

- 86 pr. 100 000 pr. år\*
- Befolkning 1 273 gir 1,1 tilfeller

### Alvorlige pustevansker

- Lungesykdom (astma, KOLS)
- Hjertesykdom (lungeødem)
- Fremmedlegemer, infeksjon i luftveiene
- Anafylaksi m.m.

### Alvorlig skade

- Vitale parametre
- Fysiologi, anatomi, skademekanisme, spes. hensyn

## Ambulansetjenestens prosedyrer

### Hjertestans

- AMK gir telefonveiledning i basal hjerte/lungeredning
- Ambulanse yter avansert hjerte/lungeredning (NRR)
  - Barn, voksne, gravide
  - Hjertekomresjonsmaskin hvis transport

### Alvorlige pustevansker

- Ambulanse gir behandling i henhold til aktuelt tiltakskort.
  - Forstøver, adrenalin, cortison, CPAP, oksygen m.m.

### Alvorlig skade

- Ambulanse følger prinsippene i Nasjonal traumeplan.
  - Direkte til sykehus som kan gi endelig behandling. Hvis ustabil og >45 min transporttid til traumesenter: nærmeste akutt sykehus



# Planlagte prehospitalt tiltak

Forbehold pga varslet stortingsmelding om prehospitaltjenester  
(responstid, faglig innhold)

---

- Styrket ambulansetjeneste
    - To ekstra ambulanser i Mosjøen: 1 døgnbil alle dager og 1 dagbil på hverdager. Til sammen 5 døgnbiler og 1 dagbil i området.
    - Styrket kompetanse
  - Ny ambulansestasjon for 4 ambulanser i Mosjøen
  - Prehospital kompetanse- og treningscenter i Mosjøen - samtrening
  - Sammen med kommunene utrede nye og alternative former for akuttberedskap, herunder «Mobil integrert helsetjeneste»
  - Rutinesamarbeid og teamtrening – «Trygg akuttmedisin»
- 