

## Møtereferat

<i>Møtetype</i>	Dialogmøte ang. vedtakspunkt 4
<i>Møtedato</i>	08.09.22
<i>Møtested</i>	Bakkengården, Mosjøen
<i>Tilstede</i>	Urban M. Persson (fastlege Vefsn), Rachel Berg, kommunalsjef Vefsn Fra HSYK: Hanne Frøyshov, Ole Hope, Knut Roar Johnsen, Pål Madsen, Merethe Myrvang, Michael Strehle, Eystein Hauge
<i>Ref.</i>	Merethe Myrvang

	<p>Formålet med møtet: Fortsette dialogen rundt vedtakspkt. 4. - det framtidige tjenestetilbudet i Mosjøen.</p> <p>Agenda:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kommunal medvirkning i en konseptfase v/konst adm. dir. Hanne Frøyshov</li> <li>2. Konseptfasen steg 2 – «skisseprosjektet» v/prosjektdirektør Ole Hope</li> <li>3. Gjennomgang av referat fra møte 03.05.22 og status v/rådgiver Eystein Hauge</li> <li>4. Styrking av de prehospitale tjenestene som følge av strukturvedtaket, jfr. vedtakspunkt 2, v/klinikksjef Pål Madsen &gt; Hva Helgelandssykehuset gjør for å sikre trygge akuttmedisinske forløp i ny sykehusstruktur</li> <li>5. Muligheter for samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten om akuttmedisinsk beredskap v/samhandlingssjef Knut Roar Johnsen</li> <li>6. Innspill fra fastlegene til det de mener er et tjenlig somatisk tilbud basert på rammebetingelsene i strukturvedtaket.</li> <li>7. Utdanning/samtrening - diskusjon om muligheter</li> </ol>
1.	Gjennomgang av presentasjon (vedlegg 1) v/Hanne Frøyshov). Innramming/premisser for videre arbeid. Oppfordrer fastlegene til å komme ønsker/behov, sett fra deres ståsted, i løpet av høsten – viktig å holde handlingsrommet mest mulig åpent for å få fram de gode innspillene.
2.	Gjennomgang av hovedalternativet og skisseprosjektet (konseptfasen steg 2) v/ Ole Hope (vedlegg 1)
3.	Eystein Hauge refererte kort hvilke tjenester fastlegene i forrige runde hadde trukket fram som særlig viktige (vedlegg 3)
4.	Gjennomgang av presentasjon v/Pål Madsen (vedlegg 2). Viktig med tett samhandling rundt akuttkjeden. Stadig oftere er legevaktjenesten ikke representert ved akutte hendelser (sammenslåing av legevaktområder, større avstander etc). det kan komme nasjonale krav til responstid. Dersom det som i dag er veiledende krav blir forskriftskrav vil det kreve flere ambulanser, større ressurser. I diskusjonen rundt CT/trombolyse: viktig å understreke at dette er et delt ansvar. I akutte tilfeller skal legevaktslege rykke ut og starte akutthjelpen - dette er ikke kun et prehospitalt ansvar. Tendens mange steder at den medisinske ekspertisen (fastlegen) lener seg på ambulanspersonellets kompetanse.

	<p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Dette krever at fastlegene har nødvendig utstyr til rådighet, eksempelvis akuttbil. Kan det være et samarbeidsområde?</li> <li>&gt; Viktig at legevakt samlokaliseres med ambulansestasjon. Kort vei ved utrykning. Samtrenting, nærhet til kompetanse - gevinster begge veier.</li> <li>&gt; Finnes flere eksempler der ambulanspersonell rykker ut sammen med lege i legevaktbil, deltar i oppdraget - verdifull kompetanseoverføring.</li> <li>&gt; Kan være behov for å opprette en intensivambulans på sikt</li> </ul>
5.	Presentasjon om tjenesteavtalene v/Knut Roar Johnsen – muligheter for samarbeid rundt akuttmedisinsk beredskap. Dette vil være den første saken som skal opp når Helsefelleskap er etablert. Helgelandssykehuset ønsker gjerne engasjement fra fastlegene når tjenesteavtalene nå skal revideres.
6.	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.
7.	Ikke tatt opp spesifikt i dette møtet.

*Neste møte: torsdag 22.09.22 kl. 17.00 - 19.00, Bakkengården Mosjøen*

Vedlegg 1: Presentasjon v/Hanne M. Frøyshov og Ole Hope

Vedlegg 2: Presentasjon v/Pål Madsen

Vedlegg 3: Referat fra møte 03.05.22



# Nye Helgelandssykehuset Konseptfasen

Medvirkningsprosess sept./okt. 2022

Kvalitet

Respekt

Trygghet

Oppdrags-  
dokument 2013,  
grunnlag for  
prosjektutvikling

Foretaksmøte,  
Åpning for  
endret  
struktur

Ekstern  
ressursgruppe,  
Dialogmøter,  
høringer og  
fagspesifikke møter

Foretaksmøte  
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 Bent Høie besøkte Vega for å studere ambulansesøltene i Helgelandssykehuset.

FOTO: SIMEN ALDRA, BA

## – Jeg har siste ord

Brønnøysunds Avis, 5. aug 2016

**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.

### Helseministeren: Strukturvedtaket ligger fast

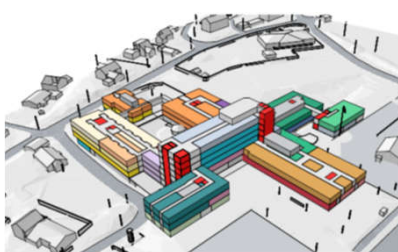


Helgelands Blad, 24. jun 2022

# 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



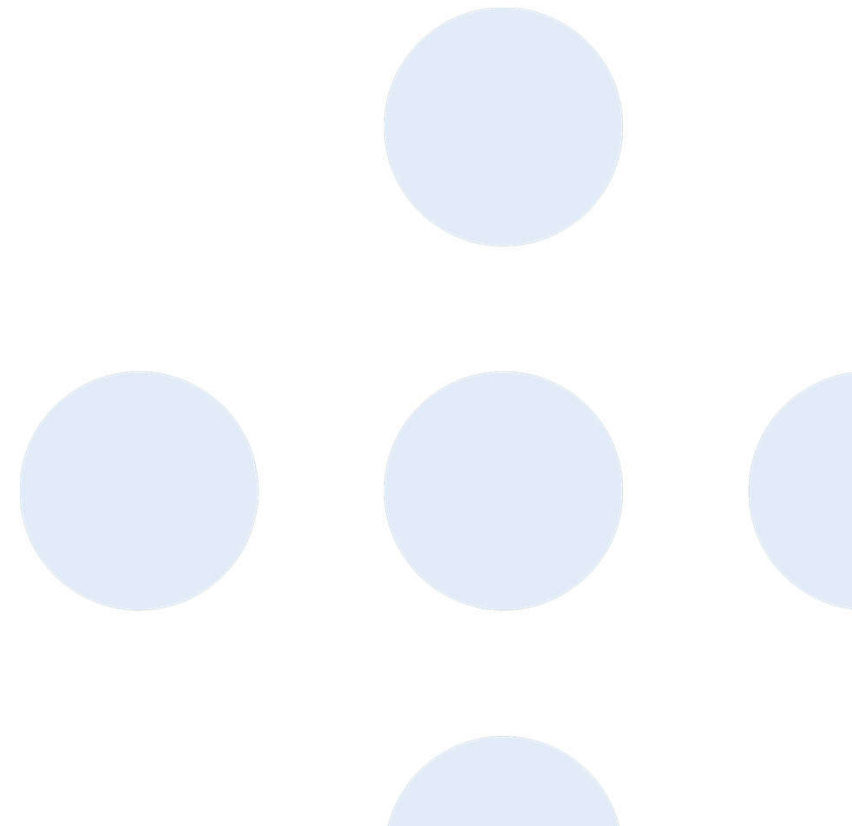
**Mosjøen – Ombygging og oppgradering**  
Samling somatikk og psykiatri/rus

- 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

# Plan for ekstern medvirkningsprosess vedrørende vedtakspunkt 4

---

- 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



# Plan for intern medvirkningsprosess i Mosjøen

## Møte 1: Torsdag 8. september kl. 13.00-14.30

- Møtet er for ledergruppen og det enkelte medlem av ledergruppens underlagte ledere i Mosjøen. Møtet er obligatorisk
- Innledning ved Hanne
- Status i prosjektet nå ved Ole
- Informasjon om videre prosess – medvirkning og forventninger til ledere ved Hanne og Ole
- Invitasjon til innspill til prosessen (i Mosjøen) ved Eystein

## Møte 2: Torsdag 22. september kl. 13.00-15.30 – for et utvalg av faglig ansatte i Mosjøen

- Innledning ved Hanne
- Status i prosjektet ved Ole
- Kort oppsummering fra sist work shop og hvordan dette er tatt videre ved Eystein
- Hvordan kan vi innenfor de vedtatte strukturer (strukturvedtaket og styret i HSyks vedtak om hovedalternativ) utvikle et funksjonelt dagtilbud (somatisk poliklinikk og dagbehandling for kronikere med mer) i Mosjøen. Vi deler oss i grupper etter faglig innretning. Elin og Michael organiserer gruppene.
- Samarbeid med kommunene. Er det områder hvor vi ikke allerede har et samarbeid det kan være naturlig å utvikle et faglig samarbeid rundt.

## Møte 3: Torsdag 6. oktober kl. 13.00-15.30 – for et utvalg av faglig ansatte fra hele sykehuset

- Kort oppsummering fra sist – hva tar prosjektet med seg videre, ved Michael og Eystein
- Hvordan kan vi rigge en tjeneste for det samlede sykehus med det foreslåtte tilbud i Mosjøen og strukturvedtaket som ytre ramme, ved Michael og Eystein
- Hvordan kan vi med utgangspunktet i drøftelsene under forrige punkt legge til rette for økt bruk av digitale tjenester på tvers av lokalisasjoner ved Michael og Eystein
- Med det foreslåtte tjenestetilbudet i Mosjøen, er det muig å legge til rette for at studenter kan få deler av sin utdanning i Mosjøen, ved Elin

## Møte 4: Torsdag 27. oktober kl. 13.00-15.30 – for et utvalg av ansatte i Mosjøen

- Oppsummering av foreslått tjenestetilbud i Mosjøen slik det ser ut etter innspillsrundene ved Michael og Eystein
- Hva skal til for at du skal fortsette å være ansatt i Helgelandssykehuset og fortsette å bo i Mosjøen ved Beate
- Hva skal til for at vi innenfor rammen av foreslått tjenestetilbud skal kunne tiltrekke oss ansatte i og rundt Mosjøen, ved Elin

### 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

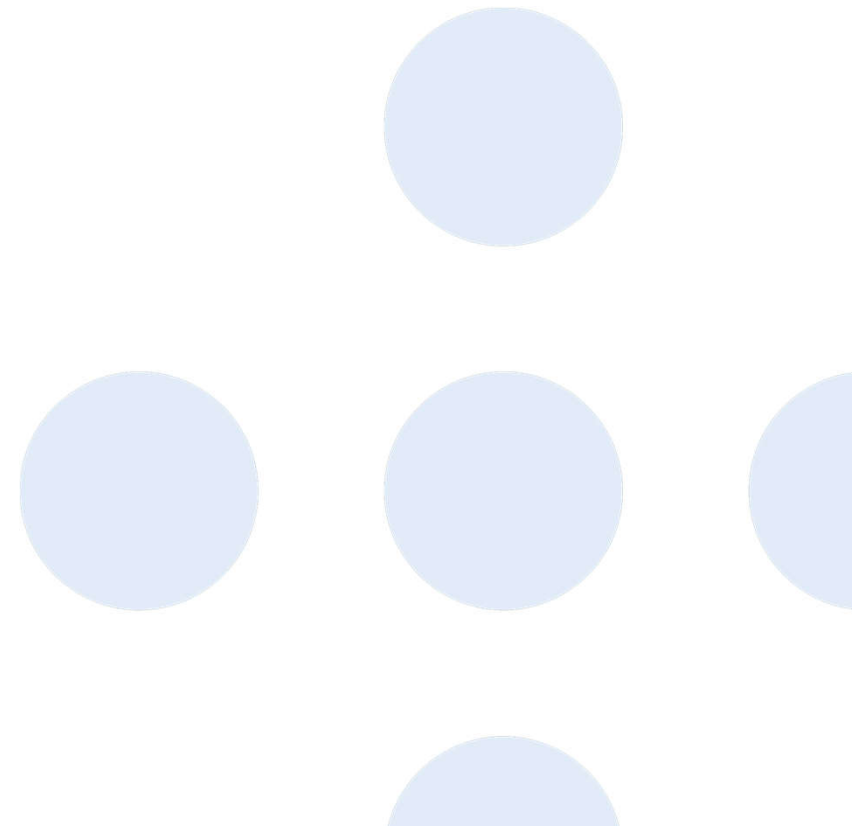
Veldig avhengig av kjøreforhold, trafikk og pasientens tilstand

# 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

## 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 prehospitala tiltak

Forbehold pga varslet stortingsmelding om prehospitala tjenester (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»



---

Møte med fastleger – Vefsn, Grane, Hattfjelldal 03.05.2022  
Prosjekt Nye Helgelandssykehuset

## Oppsummering

---

### 1. På møtet deltok

- Kjell Nystuen (Mosjøen)
- Urban Persson (Mosjøen)
- Karin Ingebrigtsen (Vefsn kommune)
- Fredrick Wang Jørgensen (Vefsn kommune)
- Britt Blaunfeldt (via Teams, Hattfjelldal)
- Haakon Ljosland (Grane)
- Behrooz Samani (Grane)
- Ole Hope (HSYK)
- Knut Roar Johnsen (HSYK)
- Hanne Frøyshov (HSYK)
- Pål Erik Madsen (HSYK)
- Eystein J. Hauge (HSYK)

### 2. Vedrørende første agendapunkt:

«I lys av vedtaks punkt 4 søker Helgelandssykehuset som del av konseptfasearbeidet innspill til hvilke polikliniske spesialisthelsetjenester som eventuelt bør lokaliseres til Mosjøen og i så fall hvordan de bør innrettes»

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.)
- Dialyse

3. «Helgelandssykehuset ønsker også dialog om akuttforløpene til pasientene som bor i Grane, Hattfjelldal og Vefsn ved implementering av vedtakspunkt 4, herunder synliggjøring av risiko og kompensierende tiltak. Helgelandssykehuset ser på dette som del av en kontinuerlig dialog som også bør videreføres i de etablerte samhandlingsstrukturene.»
- Det er viktig at Helgelandssykehuset kommuniserer tydelig til befolkningen i Grane, Vefsn og Hattfjelldal hvilke tanker sykehuset har om ivaretagelse av de akuttmedisinske forløpene også etter at strukturvedtaket er iverksatt.
  - Det er tidligere gjort et ROS-arbeid knyttet til ambulansedekningen i Hattfjelldal som må hensyntas, eventuelt må kommunene involveres ved en revisjon av denne.
  - Helgelandssykehuset planlegger å styrke de prehospitale tjenestene i området som følge av en økt risiko for samtidskonflikter grunnet lengre kjøreavstander til sykehus ved implementering av ny struktur.
  - Merrisikoer for alvorlig følgeskader/død ved de fleste akutte tilstander ved en endret sykehusstruktur vil være vanskelig å tallfeste, men utfra omfanget av røde responser i 2021 er antall hendelser per år av begrenset omfang. Hattfjelldal og Grane sa seg enig i at en merrisiko knyttet til en forlenget transporttid til sykehus på ca 45 minutter for deres innbyggere sannsynligvis er akseptabel medisinsk sett
  - Det er viktig å se på den integrerte akuttmedisinske beredskapen (kommunenes utrykningsplikt og ambulansetjenestens utrykningsplikt) og utvikle dette samarbeidet i fellesskap. Begge parter har forventninger knyttet til sin responstid.
  - Helgelandssykehuset vil se nærmere på akkurat hvilke pasientgrupper som er utsatt for en merrisiko og rette inn tiltak deretter sammen med kommunene. Dette inkludere foruten styrking av ambulansetjenesten fokus på å videreutvikle tidlig sepsis-intervenering, prehospital trombolyse og to-veis lyd- og bildekommunikasjon mellom AMK, ambulanse og legevakt.
  - Helgelandssykehuset vil gjøre separate kost-/nyttevurderinger knyttet til en CT-maskin i Mosjøen med bakgrunn i vanlige prioriteringskriterier; jf. prioriteringsforskriften
  - Det er viktig å legge til rette for samtrening mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten generelt og ambulansepersonell og legevaktpersonell spesielt gjennom fornuftige lokaliseringvalg, fortrinnsvis en samlokalisering.