

## Møtereferat

|                 |  |
|-----------------|--|
| <i>Møtetype</i> | Dialogmøte ang. vedtakspunkt 4   |
| <i>Møtedato</i> | 06.10.22   |
| <i>Møtested</i> | Bakkengården, Mosjøen  |
| <i>Tilstede</i> | <p>Fra Grane: Veronica Hauvik, Eli Paulsen, og Karin Nilsen</p> <p>Fra Vefsn: Lill-Inger Reinfjell, Fredrik Jørgensen, Karin Ingebrigtsen, Rachel Berg, Espen Isaksen, Berit Hundåla (repr. også ordfører i Grane som ikke kunne møte)</p> <p>Fra HSYK: Ole Hope, Knut Roar Johnsen, Pål Madsen, Merethe Myrvang, Michael Strehle, Eystein Hauge, Marte Præsteng, Elin Grønvik</p> |
| <i>Ref.</i>     | Merethe Myrvang  |

|  |  |
|--|--|
|  | <b>Agenda: Gjennomgang av innspill, plan for videre prosess</b>  |
|  | <p>Innledning ved prosjektdir. Ole Hope. Takket for innspill - fortsatt mulig å komme med nye/andre innspill. Plan – jobbe videre med dette. Tilsvarende prosess med brukerutvalget, fastleger, intern prosess. Materialet vil ligge til grunn for innstillingen som skal utarbeides ang. det framtidige tilbudet i Mosjøen.</p> <p><b>Gjennomgang av presentasjon v/Hope.</b></p> <p>Grunnsteinen i prosjektet: ett sykehus på to lokalisasjoner. Vedtakspunkt 4. – to oppgaver i en setning. Utrede poliklinisk somatisk tilbud + samhandling med kommunene. Sentralt: Hva kan vi samarbeide om og/eller samlokalisere. Ang. psyk helsevern: Tilbakemelding fra egen klinikk – denne pasientgruppen har i all hovedsak behov for somatisk tilbud på linje med øvrig befolkning. Enkelte somatiske spes. helsetjenestebehov som skal ivaretas lokalt.</p> <p>Kort om siste styrevedtaket i Helgelandssykehuset: Vedtakene står fortsatt, til tross for at det er gjort vedtak i HN. HN har bedt om at byggeprosjektet stilles i bero. HSYK har ikke startet byggeprosjekt, er i dialog med HN om hvordan vi skal forholde oss til dette. Arbeider videre i tråd med styrevedtaket i HSYK. Steg 2 er ikke påbegynt, ressurspådrag i steg 2 er ikke satt i gang. Vi kan ikke gå videre med byggeprosjektet før steg 2 er gjennomført.</p> <p>Vefsn: Hva med HNs vedtak om å hensynta ting som kom opp i saken?<br/>       Hope: Det må HN svare på. Denne prosessen kan fortsette, uavhengig av byggeprosjektet. Vi kan se strukturvedtaket og byggeprosjektet adskilt.</p> <p>Rammene: Faglig strategisk utviklingsplan (FSU) – tabellen som viser hva man kan se for seg skal være tilbudet i MSJ. FSU var et tverrfaglig arbeid, konkludert i to styre. Skal likevel gjennomgå dette på nytt i forbindelse med prosessen rundt vedtakspkt. 4. FSU er noe annet en strategisk utviklingsplan som er ute på høring nå.</p> <p>Hvor er vi i prosessen? Strukturvedtaket er fattet og det står fast. Steg 0: FSU og tomtealternativene. Steg 1: Gjennomførte medvirkningsprosesser &gt; hovedprogrammet ble utarbeidet (første utkast.) Sier noe om behovene og hva som skal være hvor. Bygger på FSU og prosessene som har gått. Konseptrapport steg 1 er behandlet i HSYK, ikke ennå behandlet i HN.</p> |

Prosjektets forslag til konklusjon vil presenteres i møte 10. nov. Må avslutte den interne prosessen før neste møte med kommunene, derfor utsettelse. Prosjektet vil lage en innstilling, saken skal gå til styret for behandling rundt årsskiftet. Det er ikke klart nå hvordan denne innstillingen skal formuleres. Skal gjøres en reell behandling i styret slik at rammeverket for videre arbeid er lagt.

Plan: Endelig konseptrapport skal behandles juni 23, men dette avhenger av videre prosess i HN. Da skal endelig konsept for bygg og innhold være klart, inkludert MSJ. Prosjektet jobber etter denne tidsplanen nå. HSYK har styremøte medio desember og ultimo februar – ikke bestemt når denne saken ev. skal behandles. NB! Figuren (lysbilde nr. 4 i vedlegget) handler ikke om bygg, kun innhold.

Isaksen: Ikke riktig at styret i HN ikke har tatt konseptrapport steg 1 til behandling, de har ikke vedtatt. Hvordan kan dere jobbe ut fra forutsetninger som det kan komme endringer på? Må ikke dere vente på vedtak fra HN?

Hope: Nei. HN behandlet ikke rapporten. De har vedtatt at vi skal fortsette org. utviklingen. Denne prosessen er en del av dette. Vi fortsetter da vi har et vedtak i HN-styret om at vi skal fortsette med dette.

Isaksen: Vi har en forventning om at også vedtakspunkt 4. hos HN ivaretas (styresak 127-22) – at dere tar dette innover dere?

Hope: Hvilke elementer i diskusjonene som gikk skal vi ta hensyn til? Mange ulike synspunkter som pekte i ulike retninger. Hvilke av disse innspillene skal vi legge vekt på – mange av dem er gjensidig utelukkende? Vi forholder oss til de de facto-beslutningene: Vi stiller byggeprosjektet i bero, men fortsetter organisasjonsprosjektet.

Isaksen: Man kan ikke vektlegge de ulike innspillene, det må dere avklare med HN

Hope: Vi har en dialog med HN. Men det er klart at organisasjonsprosessen kan fortsette.

Ordfører: Betyr dette at det ikke er noe som skal røres før et ev. vedtak i juni 23? Det er viktig for befolkninga.

Hope: Vil ikke svare absolutt ja eller nei – vet ennå ikke hva styret beslutter i den første styrebehandlingen. Kan ikke svare nå om det kommer en beslutning med to streker under i ved årsskiftet eller i juni. Styret bestemmer nyansen i vedtak.

Ordfører: Når man gjør vedtak med store konsekvenser er det vanlig å gjøre konsekvensutredninger. Behøver man virkelig ikke gjøre noe på Mo og i SSJ for å ta over pasientene fra MSJ? Interessant at vi har så stor overkapasitet i de to sykehusene i dag.

Hope: Fra et vedtak er fattet til det settes i verk går det noe tid. Det skal konsekvensutredes. Kan gjøres grep som gjør at det blir plass uten at det bygges nytt.

Berg: Døgnfunksjonene for det akutte: Det som bekymrer oss mest, vet at dette er kostbart, og mye av økonomien ligger der. Tenker det er dette HSYK tar ned først, ber om å bli involvert dersom det tenkes slik. Får store konsekvenser, folk er bekymret for dette – det er den største bekymringen nå.

### **Gjennomgang av innspillene fra kommunene v/Hauge og Strehle.**

Foreløpig løypemelding om hvordan prosjektet jobber med tilbakemeldingene.

Tidligfaseveilederen poengterer at medvirkning er *rådgivende*, dvs. man skal bli hørt, men det er ikke det samme som å få gjennomslag for alt. Til syvende og sist er det spes. helsetjenestens som avgjør, men beslutningen blir dårligere om vi ikke har medvirkning.

1. Strukturvedtaket fordrer ikke nybygg.

Grane kommune: > Er det slik at dere ikke har noe med drifta i sykehuset i dag, har prosjektet kun ansvaret for det som kommer etter at Nye HSYK er gjennomført? Svar: modningen i organisasjonene må starte lenge før noe står ferdig – man må gjøre organisatoriske grep for å forberede organisasjonen på endringen/være med på å sikre den økonomiske bæreevnen. Må forberede organisasjonen på hvordan man skal ta i bruk ny struktur.

> Hvem andre i HSYK kan forsikre oss om at sykehuset i MSJ skal opprettholdes inntil noe nytt står klart?

Hope: Ingen kan gi den forsikringen. Vi har oppdrag fra begge styreverv om å gå videre med den organisatoriske/faglige utviklingen. Prosjektet utfører på vegne av Helgelandssykehuset. Prosjektet legger fram dette på vegne av AD.

Ordfører: Tolkning av tidligere vedtak og uttalelser er viktige for oss. Det er ikke ofte man møter på at en ny ledelse setter strek over alt som har vært sagt tidligere, det handler om tillitt til prosesser, tryggheten for befolkninga. Vi trodde at lånesøknaden var en av premissene for å gå videre med prosessen. Her plukker man de bitene man ønsker seg. Sykehjemmet i Rana – det ble kjøpt etter at ny struktur ble vedtatt. Ble sagt at det ikke hadde noe med strukturvedtaket å gjøre, men vi ser nå at det er viktig i prosjektet. Organisasjonsprosjektet – ser ikke at det berører de andre lokalisasjonene i noen grad? Det er kun ansatte i MSJ som berøres – vi er i en offerrolle. En enhet som skal legges ned, pga. økonomien = MSJ. Konsekvenser for pasienter og tap av arbeidsplasser er ikke berørt. Venter bedre grunnlag for avgjørelsene som tas.

Hope: Kjent med påstandene om hva tidligere AD angivelig skal ha sagt. Det som gjelder som styringsdokumenter for prosjektet er vedtak som blir fattet. Omgivelsene har endret seg både organisatorisk og finansielt. Konst. AD understreket i tidligere møte at det er vedtakene som gjelder, det er de vi jobber etter.

Om vedtaks punkt 3 – ordlyden er *ved* dagens sykehusbygg på Mo, ikke *i*. Sykehjemmet har hele veien vært tenkt som en del av helheten. MSJ berøres sterkest av vedtaket, men ikke MSJ alene. Kostnadene i foretaket må ned med 100 mill. for å komme i balanse. Det krever mye av hele organisasjonen. Alle organisatoriske endringsprosesser vil ramme bredt og hele foretaket. Riktig at en stor del av den øk. bæreevnen handler om realisering av strukturvedtaket. Vår oppgave er å realisere vedtaket, det er en premiss. Prosjektet forutsetter at de som har fattet vedtaket har gjort en vurdering av forsvarligheten. Det ligger utenfor prosjektet. Konsekvensene for lokalsamfunnet hva gjelder tilgang på sykehus er en konsekvens av strukturvedtaket – det må sykehuset forholde seg til. Når det gjelder ordførerens bekymring for sysselsetting og statlige arbeidsplasser, så ligger dette utenfor det sykehuset kan ta ansvar for. Vi ser det og vi er klar over det, men det er ikke prosjektets oppgave. Vi er kjent med at kommunen er kritisk til prosessen. Vi kjører en bredere og mer inkluderende prosess enn det rammeverket pålegger oss å gjøre - fordi vi har respekt for betydningen det har for befolkningen.

Ønske: Hvis mulig – Vefsn kommune ønsker få en presentasjon av drifta av DMS i BRS (status) + sykehusforbruk MSJ. Gjerne i løpet av oktober. DMS BRS – krevende prosjekt, men relevant for oss.

Hope: Ønsket blir formidlet videre til sykehusets ledelse.

Videre presentasjon - vurderinger av "innenfor/utenfor" iht. strukturvedtaket: DMS i Mosjøen. Utenfor? Uavhengig av hva vi kaller det – samarbeid om tilbud vil være til fordel for pasienten.

Psykiatri: > Hva tenkes inn i sykehuskroppen – alle tjenester? Svar: Ja. > Hva gjør HSYK med alle byggene på Skjervengan? Psyk. Vil opp mye av plassen i sykehuset?

Svar: Planen er å avhende byggene på Skjervengan. Har vært tydelige på at dette er en del av hovedalternativet. > Mener prosjektet ikke vært tydelige på dette. Hvordan skal HSYK følge opp fylkestingets vedtak – intensjonen, "plaster på såret" – tyngdepunktet for rys psykiatri skulle være i MSJ. Hope: Prosessene går i klinikken. Opp til ledelse og HN å avgjøre ev. endringer i struktur. Vedtaket sier at DPS-strukturen skal bestå. Ingen vektforandring mellom de ulike DPS-ene i dag. > Kan det garanteres at psyk. pasitene i MSJ får gode nok somatiske tjenester i framtida (iht. til retningslinjer), slik at dette ikke blir et argument for å flytte aktivitet?

Hope: Behovet for somatiske tjenester er avklar med psyk. klinikk, vi skal imøtekomme dette.

Hauge: Ikke uvanlig andre steder i landet at store psyk. institusjoner er lokalisert et stykke unna de somatiske sykehusene. Deres somatiske behov ivaretas selvsagt, de skal få den helsehjelpen de trenger. > Vefsn kommune: Håper vi ikke blir møtt med at vi må flytte psyk tjenester pga. for dårlige somatiske tjenester.

Hope gjentar: Den primære somatikk-tjenestene skal leveres gjennom legevakt/fastlege. Noen spesielle behov som må imøtekommes.

Hauge: Viktig – er du innlagt i psyk og har et somatisk problem, da sendes det en intern henvisning. Dersom problemet ikke har hastegrad eller alvorlighetsgrad som tilsier at det er en oppgave for spes. helsetjenesten må pasientene få hjelp fra primærhelsetjenesten.

Vefsn kommune: Viktig at man skiller mellom det som er spes. helsetjenestens rolle/kommunens rolle. Indremed. behov til psyk. Pas. – viktig tema som må diskuteres. Bekymret for at kommunen får økt belastning på legevakt og fastleger. Hope: HSYK skal levere på sitt oppdrag, forutsetter at kommunen leverer på sitt.

Vefsn kommune: Ønsker at vi setter oss ned og ser på hva nedtak av aktivitet gir av konsekvens for legevakt, primærhelsetjeneste. Hope: Det er HSYKs ønske – å få fram gode samarbeidsløsninger rundt pasientene.

Vefsn kommune: Fagområdene i MSJ – nevrologi, plastikk, urologi, hud – disse fagfolkene vil ikke flytte på deg. Kommer til å forsvinne fra Helgeland. Ønsker HSYK å spare penger på at disse funksjonene vil forsvinne? Vi vet hvordan rekrutteringen er for spesialister. Urologene trenger ikke være tilknyttet tarmkreftkirurgien. Tenker dere å flytte disse funksjonene, eller tar dere hensyn til de signalene fagfolkene kommer med? HSYK: Minner om premissene i vedtaket. To sykehus – hovedsykehus i SSJ med bredest fagportefølje. Kommer tilbake med vårt forslag til løsning. For hvert område som skal flyttes må vi gjøre risikovurderinger, ev. overføringer må gjøres gradvis på en måte som gjør at vi ikke mister ansatte. HSYK og pasientene trenger all fagekspertise.

Vefsn kommune: God presisering. Vil tro det ikke bare er å flytte funksjoner uten at byggeprosjektet er gjennomført.

Ordfører: Om vi tenker tilbake før vedtaket: Alle så for seg at vi skulle miste sykehuset, men at to, kanskje tre fagmiljø skulle smeltes sammen. Mener Sykehusbygg tok en så aktiv rolle i å snakke ned tomtene som kunne ha resultert i et fantastisk tilbud. Det var utenfor politisk kontroll. Forutsetningene var at vi skulle smelte sammen til ett. Vet ikke motivet til SB og styrene som fulgte disse rådene.

Hope: Påstanden om SB må stå for ordførerens regning. Min påstand er at det som sies faktisk er feil. Det har vært gjort faglige vurderinger av fagmiljø (ikke SB) på rasjonelt

grunnlag. At man er uenige er greit, men vil ikke tillegge SB andre motiver enn ren rasjonalitet.

Ordfører: Vi har vært vitne til SBs meget aktive rolle i styremøtene.

Isaksen: Vi må forholde oss til vedtaket, kun ministeren som kan endre det. Men i prosessen underveis – vi står i fare for å rasere tilbudet. Forutsetningene har endret seg radikalt. Vi frykter at tilbudet raseres. Vedtaket er ikke utredet, ikke konsekvens, det er ikke liv laga.

Hope: Ja, en statsråd har vedtatt, en ny minister har stadfestet. Vi har felles ambisjon om å øke kvaliteten i tilbudet. Kan hende vi er uenige i framdrift og sluttresultat, men mener vi har felles intensjon om at vi skal gjøre det beste for pasientene uansett om løsningen blir a eller b.

Grane: Pasientforløpene (kortidsavd./palliativ) - kan vi møtes spesifikt rundt dette?

Pause

Nevrologi – strukturen vurderes. Ambulering sett opp mot fragmentering.

Infusjon/dialyse – et mål overalt å gjøre dette desentralt. Faglig vurdering av hvordan dette skal distribueres. > Hvorfor betegnes dette som "delvis innenfor"? Hauge: Viser til inntektsmodellen til sykehusene; dialyse/noen infusjoner har en særstilling hva gjelder finansiering (forløpsfinansiert). > Håper dette kan betegnes som innenfor. Dette er svært viktig for kronikerne. Hjemmebehandling er fortsatt et stykke fram. Hope: Vi skal ta hensyn til kronikerne. Vi skal utarbeide morgendagens tilbud. Disse tilbudene ligger inne i hovedprogrammet, ser ingen gode grunner til å ta det ut.

> Lab. – ønsker tilrettelegging både for tapping infusjon av blod. Svært viktig for mange.

Hope: Vi har fått svært mange innspill ang. lab. Dette blir belyst i sin fulle bredde før innstilling.

Øye. Utrede videre.

Sår-poliklinikk. Planlegges som tilbud, men må defineres hva det skal være.

Oppfølging gravide: innenfor vedtak, kan være fornuftig å jobbe videre med.

Det vil ikke være senger i regi av foretaket. > Må diskuteres hvordan disse forløpene skal håndteres.

Pediatri - dersom poliklinisk tjeneste som server lokalsamfunnet her – fysisk eller digitalt, innenfor. Igjen: alle med. spesialiteter – ambulering krever en viss hub å trekke ut fra.

Grane kommune: Deri ligger det alle ser – det krever full bemanning i alle spesialiteter for å kunne serve to akuttsykehus. Vaktgående fag må ha noe fornuftig å gjøre på dagtid. Med så mange spesialiteter må det være rom for mye poliklinikk i MSJ (om en ser bort fra rekrutteringsutfordringen) Vefsn: Realiteten er at det er mangel på gynekologier, tror ikke det er lenge til vi står med en fullverdig fødeavdeling på Helgeland. Tror man bør se på dette særskilt. Det er mye poliklinikk innen gynekologi. Det er noen fagområder vi sliter med, og strukturen gjør det enda mer krevende.

Hauge: Alle HF må ha en pågående ou-prosess, finne riktige løsninger til enhver tid.

Vefsn: CT og MR – har forstått det slik at det er sprengt kapasitet. Hvis man legger ned her, er disse da tenkt flyttet til et av sykehusene?

Hauge: Behovet skal dekkes uansett hvor utstyret er plassert.

|  |  |
|--|--|
|  | <p>Vefsn: Fortsatt et svært viktig tema, folk er opptatt av dette. Veldig viktig for området her, ønsker det blir videreformidlet at dette er et sterkt ønske.</p> <p>Hope: siterer AD – en CT vil kreve utvidet bruk utover hjerneslagpasienter for å ha bæreevne.</p> <p>Vefsn: Kan ikke se noen utfordringer i at elektive undersøkelser kan foregå i MSJ.</p> <p>Hope: Vanskelig å forsvare fire CT-er på Sør-Helgeland. Men vi er ikke ferdige med analysene og beregningene, har ikke svaret nå.</p> <p>Kirurgiske tjenester – må defineres om det er noe som faller inn under poliklinisk tilbud.</p> <p>Hope: Ang Hattfjelldals innspill* – disse er tatt høyde for i presentasjonen</p> <p>Grane: Ønsker et eget lysbilde for palliativt team.</p> <p>Hvordan ser vi på korttidspas. – palliativt team, samarbeid rundt dette? Opprettes egen dialog rundt dette ved siden av prosjektet. Elin Grønvik er HSYKs kontaktperson.</p> <p><i>Ytterligere innspill – leveres innen 17. oktober.</i></p> <p>Neste møte: <b>torsdag 10.11.</b>, Bakkengården MSJ. Presentasjon av overordnede tanker, så langt prosjektet er kommet med saksforberedelsen.</p> |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

### Vedlegg 1: Presentasjon brukt i møte

\* Innspill fra Hattfjelldal kommune, mottatt 4.oktober:

*1. 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.*

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

*3.Ambulerende røntgen er et ønske.*

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

*5. 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.*

*6. Vi har selv ØHD plass og dersom det digitale samarbeidet utvides mellom ØHD og sykehusspesialistene og fastlegene så kan dette likegodt skje i Hattfjelldal som i en intermediær seng i Mosjøen.*



# Kommunal medvirkning i Mosjøen – foreløpig oppsummering

06.10.2022

Kvalitet

Respekt

Trygghet





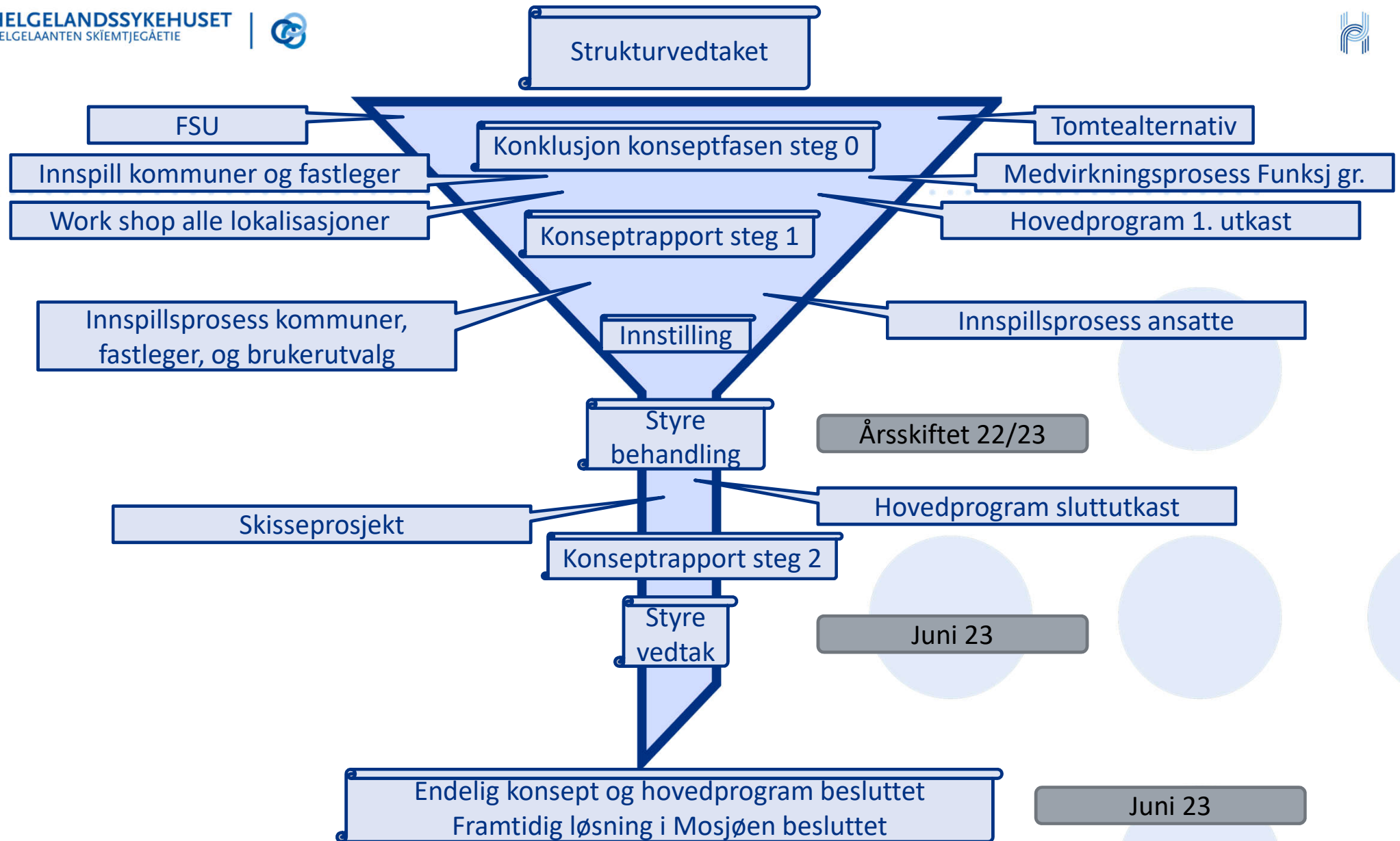
## Strukturvedtaket – utdrag

---

- Vedtakspunkt 2:
  - Strukturen på det somatiske tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset skal baseres på modellen med ett sykehus som etableres på to lokasjoner [...]
  - Helseforetakets hovedkontor og ledelse legges til hovedsykehuset i Sandnessjøen
- Vedtakspunkt 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
- Vedtakspunkt 5:
  - Styret forutsetter at Helgelandssykehuset HF skal drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokalisasjoner

| Spesialisthelse-tjeneste           | Kapasitets-behov                            | Avhengigheter til andre    | Kompetanse-/ Bemanningsbehov  | Fast | Ambulering | Kommentar  |
|------------------------------------|---|----------------------------|---|------|------------|--|
| Dialyse                            | 3-6 dagplasser                              | Lab                        | Sykepleier m spesialkompetanse  |      |            | Lege tilgjengelig ved evt komplikasjoner<br>Antall plasser avhenger av ant dager/uke drift |
| Kjemoterapi, infusjonsbeh          | 4 dagplasser                                | Lab<br>Legemiddelforsyning | Sykepleier m spesialkompetanse  |      |            | Lege tilgjengelig ved evt komplikasjoner   |
| Hørselstester                      | 1 audiometrirom<br>1 samtalerom             |                            | Audiograf   |      |            |  |
| Svangerskaps-poliklinikk           | 1 ub rom<br>1 Ultralyd                      |                            | Jordmor   |      |            | Også føljetjeneste<br>Før- og etterkontroller  |
| Hud, Lysbehandling                 | 2 beh rom                                   |                            | Sykepleier m spesialkompetanse  |      |            |  |
| Hud, sårbehandling                 | 1 beh rom                                   |                            | Sykepleier m spesialkompetanse  |      |            |  |
| Hjertesvikt, BT, hjerte pol        | 1 ub rom + spesialrom                       | Lab                        | Sykepleier m spesialkompetanse  |      |            | Samme personell som bemanner dialyse?  |
| Diabetes, endokrin pol             | 1 ub rom + spesialrom                       | Lab                        | Sykepleier m spesialkompetanse  |      |            | Samme personell som bemanner dialyse?  |
| Poliklinikk og generell ambulering | 4-6 ub rom + evt. spesialrom                | Billedagnostikk            | Generell Indremedisin, Hud, Urolog, Ortopedi, Gynekologi, Nevrologi, Geriatri, Pediatri, Øye, ØNH, småkirurgi |      |            | Frekvens avh av pasientunderlag/behov<br>Ambulering leger fra Ssj eller MIR                |
| Laboratorier                       | Gen klinisk kjemi, hematologic, blodtapping |                            | Bioingeniør   |      |            | Evt samarbeid med kommunale laboratorier<br>Blodbus for tapping?                           |
| Billedagnostikk                    | 1 generell rtg<br>1 Ultralyd<br>1 CT        |                            | Radiograf   |      |            | Ved 24/7 øyhj evt CT tatt av ambuansesarb<br>Radiolog via nett. Mobil rtg?                 |
| Intermediær                        | xx  |                            | Pleiepersonell, lege  |      |            | Samarbeid kommune/spesialisthelsetjeneste<br>NB Døgndrift – ikke iht strukturvedtak        |

Figur 10.1-1 denne viser et forslag til funksjonelle rom i en poliklinikk som dekker tjenestetilbudet for en andel av de prioriterte pasientene fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal





| Innspill fra kommunene   | Innenfor strukturvedtaket | Utenfor strukturvedtaket | Helgelandssykehusets foreløpige konklusjon                                  |
|--|---------------------------|--------------------------|---|
| Sykehuset i Mosjøen opprettholdes som i dag inntil nytt hovedsykehus er etablert |                           | Utenfor                  | Strukturvedtaket fordrer ikke nybygg for å gjennomføres – uavhengig prosess |
| DMS i Mosjøen  |                           | Utenfor?                 | Samarbeid om det somatiske tilbudet utredes. Vurderes.                      |
| Rus og psykisk helsetjenester i ved Distriktpsikiatrisk senter i Mosjøen         | Innenfor                  |                          | Rus og psyk opprettholdes i Mosjøen, men flyttes.                           |
| Nevrologi skal fortsatt være lokalisert til Mosjøen                              |                           | Utenfor?                 | Struktur vurderes.  |



| Innspill fra kommunene   | Innenfor struktur-vedtaket | Utenfor struktur-vedtaket | Helgelandssykehusets foreløpige konklusjon                       |
|--|----------------------------|---------------------------|--|
| Samarbeid mellom kommune og prehospitaltjenester   | Innenfor                   |                           | Utreedes videre  |
| Hjertepoliklinikk: AEKG, EKKO, kontroll pacemaker og kontroll av hjertesviktpasienter  | Innenfor                   |                           | Utreedes videre  |
| Kjemoterapi/infusjonspoliklinikk: Cytostatika, infusjonsbehandling og medikamenter for andre degenerative lidelser og spesielle syndromer som kan administreres lokalt | Delvis innenfor            |                           | Infusjonsbehandling planlegges desentralt, Mosjøen/hjemmesykehus |
| Dialyse  | Delvis innenfor            |                           | Dialyse planlegges desentralt, Mosjøen/hjemmesykehus             |
| Øye: Utredning og behandling av vanlige øyesykdommer og mindre inngrep   | Delvis innenfor            |                           | Utreedes videre  |
| Blodtransfusjoner og blodtapping   | Delvis innenfor            |                           | Utreedes videre  |



| Innspill fra kommunene  | Innenfor struktur-vedtaket | Utenfor struktur-vedtaket | Helgelandssykehusets foreløpige konklusjon  |
|---|----------------------------|---------------------------|---|
| Sår poliklinikk   | Innenfor                   |                           | Planlegges som tilbud i Mosjøen   |
| Gynekologi/ føde poliklinikk – ultralyd screening - følgetjeneste | Innenfor                   |                           | Planlegges som tilbud i Mosjøen   |
| Sykehussenger i Mosjøen   |                            | Utenfor                   | Ingen døgnssenger driftet av HSYK   |
| Psykatri og rus forblir på Skjervengan                            | Innenfor                   |                           | Tilbudet blir værende i Mosjøen. Tilbudet planlegges flyttet til dagens somatiske sykehus |
| Pediatri  | Innenfor                   |                           | Utredes videre  |



| Innspill fra kommunene   | Innenfor struktur-vedtaket | Utenfor struktur-vedtaket | Helgelandssykehusets foreløpige konklusjon                  |
|--|----------------------------|---------------------------|---|
| CT   | Delvis innenfor            |                           | Utredes videre.   |
| Konvensjonell røntgen og ultralyd  | Innenfor                   |                           | Tilbud planlegges i Mosjøen                                 |
| Kirurgi  |                            | Delvis utenfor            | Døgntilbudet i Mosjøen avvikles. Poliklinikk utredes videre |
| Øre nese hals  | Innenfor                   |                           | Poliklinikk utredes videre                                  |
| Ortopedi   | Innenfor                   |                           | Poliklinikk utredes videre                                  |
| Hud: Vanlig konsultasjon og administrering av lysbehandling, billedstøttende kontroller av hudlidelser | Innenfor                   |                           | Poliklinikk utredes videre                                  |



| Innspill fra kommunene                 | Innenfor struktur-vedtaket | Utenfor struktur-vedtaket | Helgelandssykehusets foreløpige konklusjon |
|--|----------------------------|---------------------------|--|
| CPAP-behandling                        | Innenfor                   |                           | Poliklinikk utredes videre                 |
| Diabetes                               | Innenfor                   |                           | Poliklinikk utredes videre                 |
| Samlokalisering av psyk. helsetjeneste |                            |                           | Utredes videre                             |
| Palliativt team                        |                            |                           |  |
|  |                            |                           |  |
|  |                            |                           |  |