

Fra: Johansen Bjørn Roger (Bjorn.Roger.Johansen@helgelandssykehuset.no)

Sendt: 24.11.2021 10:29:43

Til: Postmottak Helgelandssykehuset (postmottak@helgelandssykehuset.no);
arne.benjaminsen@admin.uio.no

Kopi: Johansen Dag Christian Lorentzen; Henriksen Henrik Levi; Pedersen Ingemar; Drevvatn
Hanne Marthe

Emne: Innspill til sak om nye Helgelandssykehuset

Vedlegg: innspill styresak nye hsyk.pdf

Hei!

Vedlagt oversendes innspill fra tillitsvalgte og avdelingsledere ved Helgelandssykehuset i Mosjøen til pågående prosess om tomtevalg for Nye Helgelandssykehuset.

Det bes om at dokumentene legges med til styremøte 25.11.2021.

Bjørn Roger Johansen | *Medisinsk Teknisk Ingeniør*
Helgelandssykehuset HF | *Medisinsk Teknisk Avdeling Mosjøen*
Hovedtillitsvalgt NITO Mosjøen
brj@helgelandssykehuset.no
Tlf: +4775115115/+4790707613

Til

Styremedlemmer i Helse Nord
Styremedlemmer i Helgelandssykehuset
Postmottak, Helgelandssykehuset
Postmottak Helse Nord

Mosjøen, 23.11.21

Innspill til sak om Nye Helgelandssykehuset

Vedlagt følger innspill til pågående prosess om tomtevalg for Nye Helgelandssykehuset som skal behandles i styret for Helgelandssykehuset 25.11.21 og i styret for Helse Nord den 15.12.21.

Med ønske om å bidra til det beste for pasientene på Helgeland!



Sissel Lindseth
Avd. leder lab/blodbank



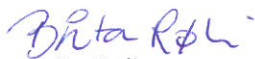
Hege Akseth
Ass. leder medisinsk dagenhet og poliklinikk



Merete Aufles
Avd.leder intensiv/mottak



Elin Pettersen
Tillitsvalgt NSF



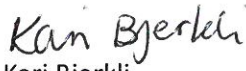
Brita Røli
Avd. leder medisinsk sengepost



Reidar Berntsen
Avd. overlege medisinske leger



Hilde Breivik
Tillitsvalgt NSF



Kari Bjerkli
Tillitsvalgt NSF



Hanne Øiangen
Tillitsvalgt NSF



Merete Martinsen
Tillitsvalgt NSF



Mathis Ulfssønn Ludvigsen
HTV Fagforbundet

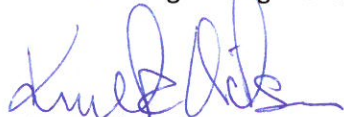


Marit Langmo
Avd. leder Kir 5-dagerspost/Kir. pol

Sign

Gunnleiv Birkeland

Avd. overlege kirurgiske leger



Knut Nilsen

Fung. avd. leder operasjon/anestesi

Susanne Thorvaldsen

Susanne Thorvaldsen

HTV NRF

Eva Th. Andersen

Eva Andersen

HTV Forskerforbundet

Mai-Linn Ottesen

May Linn Ottesen

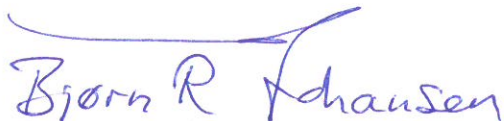
Tillitsvalgt NSF

HTV Fagforbundet



Kristian Grane

HTV YLF



Bjørn Roger Johansen

HTV NITO



Bent Inge Henriksen

Avd. leder røntgen

Kristin Engan

Kristin Engan

Avd. leder kontortjeneste



Klaus Becker

HTV DNLF

Sign.

Gro Elin Olsen

Tillitsvalgt Parat

Presentasjon av Helgelandssykehuset Mosjøen, kommentarer og innspill til tomteutredningen for nytt sykehus i Sandnessjøen og omegn

Oppsummering av viktige punkter som gjennomgås nærmere i dokumentet:

Helgelandssykehuset Mosjøen hadde ca 30 000 pasientopphold i 2020 (ekskl røngten og lab), hvorav ca 18 000 som pt. ikke tilbys på Helgelandssykehuset Mo eller Sandnessjøen innen fagområdene urologi, hud, øye, plastikkirurgi, nevrologi, Apnoeutredning/C-pap-tilpasning, åreknutekirurgi og MR pakkeforløp prostatakreft. De 5 første er vedtatt overført til hovedsykehuset. Til sammenligning hadde Mo ca 33700 og Sandnessjøen ca 35400 pasientopphold i 2020.

I 2021 har aktiviteten i Mosjøen økt med 15% i fht 2020.

Interimsperioden har store konsekvenser for pasienter, ansatte og økonomi og er totalt oversett.

Et vedtak om hovedsykehus i Sandnessjøen betyr en gradvis flukt av ansatte i Mosjøen og reduksjon eller nedleggelse av tilbud. Hvor er beregningene som viser konsekvenser og kostnader for pasientreiser, gjestepasienter, nyrekruttering, utdanning av spesialkompetanse, betydelig økte innleiekostnader, redusert pasienttilgang for UNN mv?

Og hvor er vurderingene av hva dette betyr for pasienter og pårørende med usikkerhet om framtidig behandling? Er det undersøkt om øvrige HN har kapasitet til å ta imot 18 000 pasienter fra Helgeland, eller om Sandnessjøen/Mo kan ta imot 12 000 'vanlige pasienter' som i dag får tilbud i Mosjøen? Hva er konsekvensene dersom pasientene etablerer nye kontaktpunkt utenfor HN?

Mosjøen er et veldrevet sykehus med mange dyktige ansatte. Av sykehusenhetene på Helgeland har Mosjøen pr 31.08.21 best økonomi, bruker årsverk i tråd med budsjett, har aktivitet i tråd med plantall, har over mange år desidert minst innleie av sykepleiere fra firma osv jfr tabeller i vedlegg 7.

Det er ca 245 ansatte, inkl. drift og eiendom/IKT, knyttet til somatisk drift i Mosjøen.

Til tross for alle prosesser gjennom mange år for å redusere tilbudet i Mosjøen, har det alltid vært god rekruttering til sykehuset. Avdelingslederne har nettopp gitt tilbakemelding til AD om antall vakante stillinger pr avdeling. **Vi ber AD presentere/evt styremedlemmer etterspørre oversikten av vakante somatiske årsverk, fordelt på geografisk enhet.**

Fra 2014 – 2020 har Mo leid inn sykepleiere fra firma for 35 mill kroner, Sandnessjøen for 17,5 og Mosjøen for 0,87 mill. kroner. Mosjøen har i dag 116 sykepleiere fordelt på 92 årsverk, mange med spesialkompetanse i funksjonsfordelte tjenester og andre fagområder. Utviklingsplanen for Helgelandssykehuset 2025 (2014) beskriver et behov for 89 nye spesialsykepleiere/jordmødre i 2025.

Mosjøen har legerressurser tilpasset dagens drift. Et vedtak som gjør at overleger slutter ved sykehuset gir store innleiekostnader. I ytterste konsekvens vil en ustabil legetilgang gjøre at sykehuset ikke kan gi tilstrekkelig veiledning til leger i spesialisering. Det betyr at opptil 20 unge leger må avbryte/utsette sitt forløp og flytte fra Mosjøen og Helgeland. Da stopper også vakttjenesten på sykehuset.

Sykehusbygg, AD, styremedlemmer, ansattrepresentanter, ja nesten alle, ønsker å gi 50 000 Helgelendinger et dårligere tilbud/lengre vei til sykehus for funksjonsfordelte tjenester som flyttes fra Mosjøen til Sandnessjøen, og innbyggere fra Hattfjelldal, Grane, Vefsn og østlige deler av Brønnøy et vesentlig dårligere spesialisthelsetjenestetilbud. Et vedtak om hovedsykehus på Tovåsen vil derimot videreføre dagens tilbud i Mosjøen fram til innflytting – og gi kortere reisevei for ca 65% av Helgelendingene enn om sykehuset plasseres på Alstenøya!

Hvor er målet om Norges beste lokalsykehus – gjelder det kun innbyggerne i Sandnessjøen og ved kysten?

Skal vi virkelig bygge nytt hovedsykehus for Helgelands 76 000 innbyggere basert på kriterier som 10 minutter til jobb, nærhet til en av 18 kommuner på Helgeland, nærhet til butikker rundt arbeidsplassen, kapasitet til andre aktører? Vi stiller spørsmål til mange av kriteriene og vektning av disse i vedlegg 5, og vil påpeke at «*Tabell 3-1 Vektet antall bosatte i forutsatt opptaksområde*», dvs hvor stor andel av

befolkningen som skal bruke et hovedsykehus på Helgeland sannsynligvis er feil. Det er mange svakheter i rapporten, bla at den ikke vurderer ivaretagelse for pasienter bosatt i Rana.

Ekstern ressursgruppe (2019) anbefalte etablering av ett sykehus på Helgeland på Mo, pga større muligheter for rekruttering av helsepersonell og jobb til partner. Nå vil 'alle' legge hovedsykehuset til Helgelands minste by, med rekruttering fra 9 665 innbyggere (inkl Leirfjord).

Et sykehus på Tovåsen rekrutterer ansatte fra 25 000 innbyggere som vil nå sykehuset innen 0-35 minutter. Det vil være lettere å rekruttere til et sykehus i midten både for helsearbeidere og partnere som får et større arbeidsmarked å velge fra. Jfr påbegynte og planlagte nysatsninger i Vefsn kommune som vil medføre økt bosetting av ny arbeidskraft. Mer om rekruttering i vedlegg 4.

Rapporten har mange vurderinger dersom Helgelandsbrua eller Tøventunnellen er stengt, men ingen vurdering dersom E6 er stengt sør for Mo. Da kan det ta opp mot 1,5t å komme seg fra Bleikvasslia eller Åga til Sandnessjøen. Se flere kommentarer i vedlegg 5.

Hvordan kan ansatterepresentant i styret for Helse Nord, med kontorsted på sykehuset på Mo og jevnlig omgang med ansatte, bla ved deltakelse i nylig avholdt allmøte på Mo, være habil i behandling av sak om Nye Helgelandssykehuset? Også tatt i betraktning at hun konsekvent arbeider for og avgir stemme i tråd med offentlige innspill fra ordfører og Rana kommunestyre. Se vedlegg 6 om habilitet og tillit.

Det er bygd et stort DMS i Brønnøysund, og det er i utgangspunktet bra med desentrale tilbud, men har vi nok legerressurser til ambulering? Flere fagområder på Helgeland har lav legedekning og det vil ikke være mulig eller hensiktsmessig at knappe legerressurser skal brukes til reising. Med etablering av hovedsykehus i Sandnessjøen og poliklinikktilbud/evt DMS i Mosjøen er vi milevis fra den første store fellestanken om etablering av ett sykehus på Helgeland for å få et robust og sterkt fagmiljø. Det eneste vi har oppnådd er et dårligere tilbud for alle pasienter på indre strøk, og spesielt for Hattfjelldal, Grane og Vefsn!

Ansatte i Mosjøen gir klare signaler om at det ikke er ønskelig å pendle 2 – 2,5 timer pr. dag avhengig av vær og føreforhold for å arbeide ved et hovedsykehus plassert i Sandnessjøen. Dette er verken forenelig for barnefamilier, aleneforeldre, heldøgns turnusarbeid eller generelt tidsforbruk på pendling.

Følgende utdypes i vedlegg:

- 1) Innledende kommentarer om rapporten, samt allmøte med AD i Mosjøen
- 2) Mer om tjenestene i Mosjøen
- 3) Den viktige interimperioden
- 4) Rekruttering
- 5) Rapportens kriterier og vektning av disse. Vi har viktige spørsmål og kommentarer!
- 6) Habilitet og tillit
- 7) Regnskapsresultat, aktivitet, årsverksforbruk pr 31.08.21 Innleie av leger og sykepleiere 2014-20

Vedlegg 1

Innledning vedr. Tomteutredningen for nytt sykehus i Sandnessjøen og omegn samt uttalelser fra AD

Hele rapporten bærer sterkt preg av en villet løsning med positiv vinkling for Sandnessjøen, negativ for Tovåsen og liten eller ingen vurdering av konsekvenser for Mosjøen og resten av Helgeland.

Sykehusbyggs Vigdis Hartmann sin oppsiktsvekkende overhøvling, karakterisering og nesten truende adferd mot styremedlemmer som i styremøter har stilt spørsmål ved prosess, kriterier og dokumentering i rapporter og saksframlegg, forsterker denne opplevelsen. Jfr styremøter i HN og Hsyk bla. i juni 2021.

Rapporten fra Sweco og anbefalingene fra sykehusbygg konsentrerer seg om situasjonen om 10 år og gjør ingen risikovurdering for rekruttering, pasienttilbud eller økonomi knyttet til interimsperioden – eller konsekvensene for videre drift. Rapporten har meget lite pasientfokus og har hovedfokus på tomtevalg og stedsutvikling i Sandnessjøen. Anbefalingen er basert på noen direkte feil, noen til dels vage kriterier, og gjør ingen vurdering av et sykehusstilbud for alle pasientene på Helgeland!

Verken Sykehusbygg eller intern prosjektgruppe synes å ha kunnskap om spesialisthelsetjenester som for Helgelands 76 000 innbyggere kun tilbys i Mosjøen og nå er vedtatt langt til hovedsykehuset.

Rapporten har en ensidig vinkling kun mot halvparten av innbyggerne på Helgeland og gjør ingen konsekvensvurdering for innbyggere i bl.a. Rana og Hemnes.

Det stilles spørsmålsteget ved om tabell 3-1 «*Vektet antall bosatte i forutsatt opptaksområde*» er feil, se vedlegg 5.

Ansatte i Helgelandssykehuset Mosjøen føler seg totalt oversett av AD, eget styre og deler av styret i HN – spesielt fra ansatterepresentantene. Ingen av disse har noen gang tatt kontakt med tillitsvalgte eller ansatte i Mosjøen for å høre hvordan vi har det – eller bedt om innspill til prosessene som pågår.

AD inviterte ansatte i Mosjøen til allmøte onsdag 10. november. Selv om styrevedtaket fra HN ber om vurdering av ei tredje tomt i Sandnessjøen og omegn, formidlet hun klart at Tovåsen ikke lenger er en del av mulige sykehustomter i begrepet Sandnessjøen og omegn. Hun sier at ingen skal bli oppsagt og at omstillingsprosessen vil omfatte alle ansatte i Helgelandssykehuset. Hun håper ansatte i Mosjøen velger å være med videre. Ved å legge et hovedsykehus i Sandnessjøen er det ikke mulig å velge – da har AD valgt for oss! Som heldøgns turnusarbeider med 3-skift er 2-3 timers reisevei t/r (avhengig av vær og føreforhold) uforenelig både for barnefamilier og 9 timer mellom enkelte vakter.

På konkret spørsmål om hvorfor hun ikke ønsker å legge til rette for at all fagkompetanse fra Mosjøen skal være med videre, svarer hun at hun ikke kan gå imot 'ekspertutredningene' som er gjort. Hun sier at kravspesifikasjonene utelukker et alternativ på Tovåsen. Det er altså viktigere å prioritere nærhet til butikker og reisevei på 10 minutter enn å ta vare på allerede etablert kompetanse og tilbud for befolkningen på Helgeland.

Vedlegg 2

Følgende tjenester er funksjonsfordelt og finnes bare i Mosjøen:

Øye, hud, urologi, plastikkirurgi og nevrologi.

Alle funksjonene har ansatt spesialister, spesialutdannede sykepleiere/uroterapeuter samt nevroteknikere på nevrologi og klinisk nevrofysiologi. Personalet på operasjon, anestesi, intensiv og 5-dagersposten er også spesifikt opplært og har mye erfaring i å håndtere urologi og plastikkirurgi.

I tillegg til daglig drift vil vi framheve følgende:

Innen øye deltar Mosjøen i et innovasjonsprosjekt for utvikling/testing av et nytt banebrytende utstyr for øyeundersøkelser. Dette skjer i samarbeid med privat utvikler av utstyret.

Ved oppgaveglidning behandles nå ca 50 AMD-pasienter pr uke. Hovedmengden er pasienter som tidligere måtte reise til Bodø opp til hver 6. uke pr år for behandling.

Øye samarbeider også med operasjonssykepleier og plastikkirurg, bla. er det nettopp gjennomført 2 operasjoner der pasientene hadde kreft i øyet. Pasientene var videresendt fra UNN.

Urologi

Som et av to sykehus i Norge har Mosjøen (og Aker) tatt i bruk et nytt og banebrytende utstyr for utredning av prostatakraft (fusjonsbiopsi og perineale biopsier med micro ultralyd). Det er tett samarbeid med Aker om denne typen behandling. Forutsetningen er et detaljert og profesjonelt samarbeid med røntgenavdelinga (som på forhånd utfører MR pakkeforløp av aktuelt område), MR-spesialist og medisinteknisk ingeniør.

Urologene utfører en kvalitetsstudie innenfor infeksjoner ved prostatabiopsi. Dessuten en innovasjonsstudie om utredning av prostatakraft med micro ultralyd.

Røntgen utfører MR prostata og andre urologiske pakkeforløp for hele Helgeland, ca. 300 i tallet og Mosjøen har den eneste radiologen på Helgeland som har fagkompetanse på dette store området. Disse undersøkelsene demonstreres fra Mosjøen hver uke på tverrfaglige møter med både UNN og Nlsh.

Innenfor postbariatrisk plastikkirurgi (fedmeoperasjoner) er Mosjøen det største senteret i HN og opererer flere pasienter enn resten av HN. Mosjøen tar 'overskuddspasienter' fra HN og har også LIS2/LIS3 fra UNN som kommer til Mosjøen for å lære plastikkirurgi.

Plastikkirurgen har tett samarbeid med hudavdelinga for behandling av hudkreft og er også viktig for enkelte øyeoperasjoner.

Mosjøen har 3,24 nevrologer som er en styrke i akutte pasientforløp og er viktig å ta vare på inn i et nytt hovedsykehus.

Nevrologene samarbeider nært med nevropsykologene (psykisk helse og rus, Mosjøen) i kognitiv utredning både av unge, men mest eldre pasienter, f.eks. knyttet til demens eller hjerneskade.

I tillegg har Mosjøen som eneste sykehus på Helgeland tilbud om Apne-utredning og tilpasning av CPAP. Utredningen gjøres av nevroteknikere og tolkes av nevrologer/klinisk nevrofysiolog mens lungesykepleier tilpasser CPAP som behandling. En stor andel av kontrollene gjøres digitalt med avstandsoppfølging. Nordlandssykehuset har ikke kapasitet til å ta pasienter fra Helgeland og søknader oversendes Mosjøen. Mosjøen har god kapasitet og det er hentet hjem pasienter fra Nlsh.

Mosjøen er også en av de største på åreknutekirurgi med laser i HN. Både NLSH og UNN har sendt faglig utfordrende pasienter til Mosjøen pga vår kompetanse.

I areal utgjør de overnevnte tjenestene i dag et anslag på 1 800 m² inkl operasjonsavdelinga – kun konkrete pasientrom. Arealer for skrivetjeneste, garderober, vestibyle, noen legekontorer mv er ikke tatt med.

For å hindre pasientlekkasje sørover fra Sør-Helgeland, gjøres også noe ambuleringsavdeling til Mosjøen.

Både 2020 og delvis 2021 har vært påvirket av korona, og den totale aktiviteten pr oktober 2021 er økt med 15% fra samme tid i fjor.

I Mosjøen er det ansatt 116 sykepleiere fordelt på 92 årsverk, 2 nevroteknikere, 5,2 årsverk med helsefagarbeidere/klinisk assistent. Den høye sykepleieandelen viser at sykehuset har mange spesialfunksjoner i tillegg til vanlig medisinsk, intensiv og akuttbehandling. Videre har vi 40 leger, 11 bioingeniører, 8 radiografer, 2 fysioterapeuter, 1 ergoterapeut og 1 ernæringsfysiolog. Her er 18 merkantile ansatte samt 10 i felles inntakskontor for Helgelandssykehuset. 3 farmasøyter knyttet til fagstab samt 22 årsverk knyttet til Drift og eiendom og IKT/EPJ. Dvs at ca 245 ansatte har sitt arbeidssted på somatikk Mosjøen.

Mosjøen har hatt fokus på oppgaveglidning fra lege til sykepleier og fra pleiepersonell til merkantil for å utnytte ressursene på en best mulig måte. Dette har bl.a. bidratt til hjemhenting av mange AMD-pasienter fra Bodø og det frigir tid til spesialist/spesialsykepleieoppgaver.

Vedlegg 3, Den viktige interimperioden, konsekvenser for pasienter, ansatte og økonomi

Sykehusbygg, intern prosjektgruppe og AD, samt styret i Helgelandssykehuset og halve styret i Helse Nord velger å overse interimperioden. Vi mener den er meget viktig for hovedsykehusets framtid, for ALLE pasienter på HELE Helgeland, rekruttering og økonomi.

Hva skjer med en arbeidsplass som vedtas nedlagt evt kraftig redusert? Jo ansatte får seg andre jobber, og en del vil sannsynligvis flytte ut av Helgeland. Regionen mister fagkompetanse, også fra evt partner, kommunene mister innbyggere, skatteinntekter osv.

Det samme vil skje med fagressurser i Mosjøen hvis hovedsykehuset vedtas etablert i Sandnessjøen. Sykehusmiljøet i Mosjøen vil gradvis smuldre bort. Det er allerede utfordrende med rekruttering til hele Helgeland og det vil bli spesielt vanskelig å opprettholde drift i Mosjøen.

Hva vil det koste Helgelandssykehuset dersom Mosjøens funksjonsfordelte fagområder blir avviklet i løpet av noen år? Er det gjort noen beregning av

Økte pasientreiskostnader for pasienter og andel pårørende?

Økte gjestepasientkostnader, internt i HN (endring i mobilitetskomponenten) og fra andre regioner?

Økte rekrutteringskostnader for å erstatte nødvendig personell, hvis det i det hele tatt er mulig å rekruttere til et sykehus som skal legges ned? Eller skal man vente med rekruttering i 6-7 år før et nytt tilpasset lokale er tilgjengelig i Sandnessjøen? Det er ikke ledige arealer i Sandnessjøen i dag.

Økte kostnader ved utdanning av nye spesialsykepleiere til aktuelle fagområder?

Kostnader ved spesialutstyr som kanskje ikke vil bli brukt på flere år og må erstattes ved nyetablering?

Redusert pasienttilgang for UNN?

Seks medisinske overleger, fem kirurgiske (inkl 3 urologer og 1 plastikkirurg), 2 anestesileger og 2 radiologer er akkurat tilpasset dagens drift inkl vaktjeneste for indremedisin, kirurgi/urologi og anestesi. Dersom noen av overlegene (indremedisin, kirurgi/urologi, anestesi) slutter, vil det ikke være mulig å opprettholde vaktjenesten uten stor økning i innleiekostnader. I ytterste konsekvens gir dette en så ustabil legedekning at sykehuset ikke kan gi forsvarlig veiledning til dagens 10 LIS 1 og 10 LIS 2. Flere LIS 2 har kjøpt hus og etablert seg i Mosjøen. Ved opphør av veiledning må 20 sårt trengte framtidige legerressurser avbryte sitt forløp/spesialisering og evt flytte.

Mosjøen behandler som sagt ca 18 000 pasienter i funksjonsfordelte tjenester og 12 000 i ordinær indremedisinsk og kirurgisk drift i 2020.

Hva vil det koste i form av usikkerhet om behandlingen er tilgjengelig, hvilket behandlingssted man må reise til, lengre ventetid og lengre reisetid/reisevei for pasienter og pårørende som må dra ut av Helgeland?

Vil det være mulig for pasientene å få behandling i fagområdene pt. kun etablert i Mosjøen i HN eller må man sørover? Det er mange vakante stillinger både på Mo og i Sandnessjøen, det er overbelegg og stor belastning av utskrivningsklare pasienter. Hvem kan ta imot medisinske og kirurgiske pasienter fra Mosjøen?

Hvorfor skal dere utsette pasientene for et dårligere tilbud over mange år når vi faktisk har fagmiljøet tilgjengelig i Mosjøen og Helgelandssykehuset allerede i dag – men som Sykehusbygg/Sweco, prosjektgruppa, AD og styret i Hsyk/deler av styret i HN velger å overse. Reduserte tjenester gir et dårlig omdømme for Helgelandssykehuset og det vil være en stor fare for at pasientene etablerer nye kontaktpunkt utenfor Helgeland.

Tarmkreftkirurgi og andre ventetider

Det er god grunn til at de 17 pasientene som venter/har ventet på operasjon i Bodø ikke er fornøyde.

Til sammenligning vil mange av de 76 000 Helgelendingene som trenger poliklinikk, dagkirurgi eller operasjoner som i dag kun utføres i Mosjøen, måtte forholde seg til ventetider og mottak i andre Helseforetak. Er det gjort undersøkelser om øvrige sykehus i HN har kapasitet til å ta flere pasienter fra Helgeland? Eller synes styret det er akseptabelt at pasientene må reise til sykehus utenfor HN?

Hele HN har fristbrudd på pakkeforløp prostatakreft og det vil ikke være kapasitet til å behandle Helgelandssykehuset sine pasienter i HN. Dette burde bekymre styremedlemmene.

Et eksempel innen øye: Pasienter med AMD er ofte eldre pasienter som trenger følge på reisen. Disse har i mange år reist til Bodø for å få sin behandling (hver 6.uke). Dette er ikke en livstruende sykdom men man kan bli blind uten behandling.

Nordlandssykehuset har ikke kapasitet til å behandle pasientene fra Helgeland og har bedt om at vi måtte behandle disse pasientene selv eller betale Nlsh ekstra for behandlingen.

Ved oppgaveglidning fra lege til øyesykepleier har Mosjøen tatt hjem og behandler 50 pasienter pr uke – også inkludert nye pasienter.

Vedlegg 4, Rekruttering

Det er skremmende at ingen andre enn halve styret i Helse Nord (og en ansattrepresentant i styret for Helgelandssykehuset) ønsker å vurdere forhold som kan sikre at fagpersonell ansatt i Mosjøen blir med i videre plan for Nye Helgelandssykehuset!

Prognosen for mangel på sykepleiere er økende fra i dag fram til 2035 med 28 000 årsverk. Det er også vanskelig å rekruttere legespesialister, jfr millioner brukt på innleie (vedlegg 7).

I vedlegg 4, Delutredning Stabilisering og rekruttering i Utviklingsplanen for Helgelandssykehuset 2025 står følgende: «Med utgangspunkt i dagens funksjonsfordeling og bemanningsnorm har Helgelandssykehuset behov for å utdanne/rekruttere 89 spesialsykepleiere/jordmødre for å erstatte naturlig avgang frem mot 2025. For sykehuset vil det bety en betydelig utfordring og kostnad med å utdanne og rekruttere 89 spesial-sykepleiere og jordmødre.»

Nå vil man altså si nei takk til 116 sykepleiere?

Ekstern ressursgruppe (2019) anbefalte ett sykehus på Mo fordi det var lettere å rekruttere fagpersonell og arbeid til partner i et større arbeidsmarked. Nå anbefaler 'alle' et hovedsykehus i Helgelands minste by, med 7 394 innbyggere i kommunen 1.1.21. I tillegg vil man rekruttere fra Leirfjord med 2 271 innbyggere, totalt 9 665. Har dere virkelig tro på at dette er mulig?

Med en mer sentral plassering på Tovåsen vil sykehuset rekruttere personell fra Alstahaug, Leirfjord, Vefsn, Nesna tettsted og kanskje deler av Hemnes kommune, til sammen ca 25 000 innbyggere. Dette gir også et betydelig arbeidsmarked for en partner. Det betyr også at både Sandnessjøen og Mosjøen vil beholde sine innbyggere og skatteinntekter i et visst tidsperspektiv. Det vil sågar mest sannsynlig bli lettere å rekruttere til et sykehus i 'midten' fordi en partner får et større arbeidsmarked å søke i! Da har man også mulighet til å velge bosted utfra hva som passer familien som helhet.

Når vi ser på innleie av sykepleiere fra firma i HSYK de siste 7 årene (2014-2020) viser regnskapet følgende kostnader:

Mo : 35,0 mill Ssj: 17,5 mill Msj: 0,87 mill

Det viser at Mosjøen over år har hatt en meget god rekruttering av sykepleiere, både faste og vikarer. Flere av disse er i dag spesialutdannet for å jobbe med pasienter innen de funksjonsfordelte fagene som kun finnes i Mosjøen (i tillegg til operasjon, anestesi, intensiv, kreft mv som finnes på alle enhetene).

Det er vanskelig med rekruttering av legespesialister til hele Helgelandssykehuset. Hvordan forventer styret/ene at det skal rekrutteres til Mosjøen, i et sykehus som skal legges ned? Totalt nettoareal for disse tjenestene utgjør i dag ca 1 800 m². Det vil ikke være plass for etablering i Sandnessjøen før et hovedsykehus står ferdig. Mosjøen har 4 operasjonsstuer i dag (øye, plastikk, urologi, kir) spesialtilpasset dagens drift, og det vil ikke være mulig å overføre aktiviteten før nytt sykehus står ferdig.

Hva er risikoen for at Helgeland står uten/med sterkt reduserte tjenester for hud, øye, urologi, plastikkirurgi og nevrologi i store deler av interimperioden? Og at pasienter fra Hattfjelldal, Grane og Vefsn står uten ordinære sykehustjenester? Hva dette betyr for en stor andel av Helgelands 76 000 mulige pasienter?

Ett av mange eksempler på at Mosjøen har dyktige og lojale medarbeidere:

Det er mangel på operasjonssykepleiere på Mo og i Sandnessjøen og ansatte i Mosjøen har stilt opp og tatt vakter både i 2020 og 2021. Det har aldri vært hjelp å få tilbake.

Poliklinikker eller DMS i Mosjøen?

Jo flere tilbud som blir igjen i Mosjøen, jo mindre vil et hovedsykehus i Sandnessjøen bli. Resultatet kan være at ingen av dem er interessante nok til å rekruttere fagfolk. Da sitter vi igjen med ett sykehus på Helgeland – på Mo, lengst mulig unna ca 55% av innbyggerne på Helgeland.

Vedlegg 5, rapportens kriterier og vekting av disse

Kriterier byutvikling, arbeidsplass og rekruttering

Vi stiller spørsmål ved noen av kriteriene som er tillagt stor vekt.

Rekruttering/arbeidsplass:

Side 11: «Tovåsen har den fordel at sykehuset kan nås både fra både bo- og arbeidsmarkedsregionen Vefsn og Alstahaug innenfor 45 minutter. Det som trekker noe ned måloppnåelsen på dette kriteriet er at kort reisevei er gitt størst vekt i vurderingen, fordi det er ansett å være mer attraktivt for en arbeidsplass. Videre «Tovåsentomtene får lav måloppnåelse på viktige sykehusfaglige kriterier som nærhet til samarbeidspartnere og kapasitet for andre aktører. Det er heller ikke service og tjenestetilbud i nærheten i dag. Disse forholdene vurderes samlet å gi en stor risiko sett i sammenheng med Helgelandssykehusets mål om ambisjoner som attraktiv arbeidsplass og behov for å legge til rett for rekruttering»

Skal vi virkelig bygge nytt hovedsykehus for Helgelands 76 000 innbyggere basert på kriterier som 10 minutter til jobb, nærhet til en av 18 kommuner på Helgeland, nærhet til butikker rundt arbeidsplassen, kapasitet til andre aktører – hvem? osv?

Vår kommentar; Tovåsen er best fordi

- Tovåsen kan nås av ansatte innenfor 0 - 35 minutter kjøretid (Alstahaug, Leirfjord, Nesna tettsted, Vefsn og deler av Hemnes. Et rekrutteringsgrunnlag på 25 000 innbyggere.
- De samme kommunene utgjør et bredt arbeidsmarked for partnere. Det gir også større grunnlag for rekruttering til sykehuset dersom det er helsepersonell som følger med partneren til ny jobb i regionen. Jfr. pågående og planlagte etableringer i Vefsn kommune.
- Det gir en valgmulighet for bosetting ved kyst eller innland som få andre sykehus har.
- Det er meget gode veiforbindelser mellom Sandnessjøen og Mosjøen.
- Sykehuset vil ligge lett tilgjengelig for **alle kommuner** det skal samarbeide med.
- Samfunnet har fått et stort digitalt løft for møter og kommunikasjon. Selv om rapporten kun fokuserer på framtida, tar den ikke hensyn til dagens digitaliserte samfunn?!
- Sykehuset vil ligge fint mellom utdannings-/høgskoletilbud i Sandnessjøen, på Mo og forhåpentligvis på Nesna.

Det er ikke rom for ansatte til å 'gå på shopping' i arbeidstida. Når man er ferdig på jobb er det mest normalt å kjøre hjem evt via barnehagen eller butikken der man bor.

Det er ca 20-25 minutter å kjøre fra Sandnessjøen til Tovåsen. Dette regnes ikke som pendling. I tillegg er det flere ansatte fra Leirfjord som vil få kortere reisevei med sykehus i kommunen.

By- og tettstedsutvikling

«Spesialisthelsetjenesten skal først og fremst ta hensyn til pasientenes behov for helsetjenester og hvordan disse best kan gis. Likevel har spesialisthelsetjenesten en viktig betydning i lokalsamfunnet og at en institusjon med mange arbeidsplasser opprettes eller nedskaleres, vil kunne gi store ringvirkninger for samfunnet rundt» (Side 37/38)

Vår kommentar:

Rapporten tar kun hensyn til Sandnessjøen som regionsenter. Konsekvensene for Mosjøen ved nedlegging/nedbygging av sykehuset er tilnærmet utelatt i rapporten. Med hovedsykehus på Tovåsen vil både Sandnessjøen og Mosjøen opprettholde sin fagkompetanse og bosetting, og på sikt vil vi få en gradvis tilpasning til ny struktur. En vinn-vinn-situasjon for begge byene og hele Helgeland.

Rekruttering arbeidsplasser	Nærhet til samarbeidspartnere	Kapasitet andre aktører	By og tettstedsutvikling	Stedsutvikling	Helikopterstøy/ vindpress
Tovåsen med rekruttering fra 25 000 innbyggere og stort arbeidsmarked for partner. Fleksibelt valg av bosted	Tovåsen for å være mest tilgjengelig for alle kommunene. Bruk av digitale kontaktflater jfr økt praksis i samfunnet	Hvem er dette?	Tovåsen for å ta vare på ansatte både i Ssj og Mosjøen	Tovåsen fordi det opprettholder arbeidsplasser i både Ssj og Mosjøen	Tovåsen fordi det ikke ligger i tettbebyggelse

Et hovedsykehus lokalisert i Tovåsen er best fordi:

Det skal gi tilbud om spesialisthelsetjenester til 76 000 innbyggere på Helgeland. Det skal bla. inneholde 5 fagområder (øye, hud, nevrologi, urologi og plastikkirurgi) som ikke finnes i sykehuset på Mo. Ved lokalisering i Tovåsen vil disse tjenestene være tilgjengelig fra dag 1, også med kortere reisevei for 50 000 pasienter enn hvis sykehuset plasseres på Alstenøya.

Kriterier, tilgjengelighet og transport

Hvorfor er Hemnes, Rana og deler av Nesna kommuner utelatt fra analyser vedr 'Reisetid akutt, bil- og båtambulans? Innbyggerne i disse kommunene er også brukere av et hovedsykehus på Helgeland siden dette skal inneholde funksjoner som ikke er tilgjengelig ved sykehuset på Mo. Det er samme reisetid fra Korgen til Rana sykehus og fra Korgen til et hovedsykehus på Tovåsen. På grunn av vesentlig mer trafikk evt rush i Nord-Norges 3. største by kan det faktisk bety lengre transporttid til Selfors enn å følge den nye hovedveien til Tovåsen.

Rapporten har mange vurderinger dersom Helgelandsbrua eller Toventunnellen er stengt, men ingen vurdering dersom E6 er stengt sør for Mo. Ved en trafikkulykke, vegarbeid eller annen ulykke som stenger E6 vil pasientene fra Hemnes kommune og helt sør i Rana kommune være avskåret fra Rana sykehus med ambulansebil. Da vil disse pasientene ha opptil 1,5 time reisevei til et hovedsykehus på Alstenøya.

Stenging av Helgelandsbrua og Toventunnellen kan skje både planlagt og som følge av dårlig vær/ulykke. Vedlikeholdsarbeid og dårlig vær kjenner man til på forhånd og kan planlegge for annen transport hvis nødvendig eller mulig. Med en gjennomsnittlig stengetid på 16 minutter vil man ofte kunne gjennomføre en transport nesten som normalt.

I forhold til helikopter er ett av argumentene for å velge Sandnessjøen foran Tovåsen «*Ingen stor bru som må krysses i dårlig vær*». Side 80.

«*Notatet fra Norsk Luftambulans AS i mars beskriver også at området mellom dagens sykehustomt og et stykke i retning flyplassen er minst utsatt for turbulens og fallvinder, mens det på strekningen mellom dagens sykehustomt og Helgelandsbrua er større problemer. Ut fra dette, samt rangeringstabellen vist over, vurderer Sweco at dagens sykehustomt (1) Rishatten (7) og Leines (21) har høy måloppnåelse, mens det øvrige tomter har middels måloppnåelse*».

Er det lagt til grunn at alle transporter kommer fra kysten utenfor Sandnessjøen og skal inn over Helgelandsbrua ved et hovedsykehus på Tovåsen? Hva med henting av pasienter på indre strøk, Rana, Hattfjelldal, Vefsn mv? Er det ingen problem å fly over brua den andre veien dersom sykehuset plasseres i Sandnessjøen? – eller skal helikopterret kun benyttes av kystbefolkningen?

Hva med pasienter som skal til ortopedisk behandling på Mo?

Hvor mye vanskeligere er det å fly helikopter til Tovåsen? I hvor mange tilfeller i løpet av et år må man heller vurdere å fly til sykehuset på Mo, Bodø eller Trondheim? Jfr side 79 «I tillegg vil pasienter raskt og forutsigbart kunne fraktes med ambulanshelikopter til høyere omsorgsnivå ved NLSH i Bodø og St Olav i Trondheim»

Med dagens utvikling av helikoptre kan det kanskje være lettere å etablere en sykehusnær landingsplass for både ambulans- og redningshelikopter ved et nybygg utenom bykjernen.

Med dagens informasjon om værforhold, IFR-flyvning (På side 79 vises det til «På Helgeland er det nå mulig å fly IFR (etter instrumentflygereglene) mellom de 4 byene på maks 2100 fot ...», utplassering av værkamera, og kommunikasjon mellom alle ledd i akuttkjeden er det en mulighet for å finne alternativ løsning i spesielle situasjoner.

Ambulansefly

En plassering av hovedsykehus på Tovåsen gjør at man har større fleksibilitet dersom ambulansflyet ikke kan lande i ssj f.eks. ved sterk vind. Da kan det være mulighet på flyplassen i Mosjøen innen 12-13 min lengre reisevei med ambulansen (i fht Tovåsen – Stokka).

I denne rapporten er det ingen skisserte muligheter for Tovåsen, kun en enkel vurdering av hva som passer best med et sykehus i Sandnessjøen, uten å ta hensyn til resten av befolkningen på Helgeland. Når vi jobber med risiko- og sårbarhetsanalyser i Helgelandssykehuset er det normalt å vurdere sannsynlighet og konsekvenser på vanskelige situasjoner og hvordan disse evt kan løses. Vi ser ingen slike i framlagte rapport.

Direkte feil vedr «Tilgjengelighet for pasienter og pårørende»? Side 88-89

I figur 3.2 side 22, er det gjort et vektet pasientgrunnlag for Helgelandssykehuset. «Tallene er justert for den andelen i hver kommune innenfor opptaksområdet som er forventet å bruke sykehuset i Sandnessjøen og omegn»

Det ser ut som om jo lengre unna Sandnessjøen og omegn befolkningen er og hvor nært de er et alternativt tilbud – jo lavere vekting har kommunen fått. En slik vekting hadde kanskje vært rett dersom man hadde tilnærmet samme tjenestetilbud på alle lokasjoner?

Rana med 34% av innbyggerne på Helgeland er bare vektet til å bruke 18% av hovedsykehuset. Med 18 000 pasientopphold for konkrete fagområder vil det gi en vektet andel fra Rana på over 6 000.

Tabellen ser derfor ikke ut til å ta hensyn til at 76 000 Helgelendinger må bruke hovedsykehuset for å nå tjenester innen hud, øye, urologi, nevrologi, plastikkirurgi, (åreknutekirurgi og C-pap). De 5 første fagområdene er vedtatt lagt til hovedsykehuset. Konsekvensen med kortere reisevei for 50 000 av disse pasientene og evt pårørende, kommer ikke fram av tabellen og vil føre til at Tovåsen får bedre tilgjengelighet/når en større andel av befolkningen innen 1-2 timer enn hva Alstahaug gjør.

Også kartene «Reisetid pasient, bil og ferje» som viser hvor mange innbyggere som nås innen 1, 2 .. 5 timer er basert på nevnte vekting. Dvs at tabellene ikke viser rett antall pasienter som skal reise inn til et hovedsykehus. Bla må innbyggere fra Bjerka og litt nord og vest for Finneidfjord også regnes med for pasienter som når Tovåsen innen 1 time.

Vedlegg 6, Habilitet og tillit

Ingen representanter fra Sandnessjøen eller Mosjøen har deltatt i planleggingsmøter med Sykehusbygg/Sweco.

Styremedlem i HN, Fredrik Sund var ikke med på et styremøte med en viktig sak for Helgelandssykehuset fordi han etter hvert skulle begynne i lederstilling på UNN.

Styremedlem i HSYK Hege Harboe Sjøvik ble ansatt som smittevernlege dagen før en viktig sak om Nye HSYK skulle behandles i styret. Hun deltok ikke på møtet. Et annet spørsmål er hvorfor Hege Sjøvik ikke er erstattet av et nytt styremedlem fra Vefsn?

En ansatterepresentant i styret for HN har fast kontorsted på Rana sykehus og omgås jevnlig ansatte fra Rana. I pågående prosess har hun aldri besøkt sykehuset eller ansatte i Mosjøen. Hun var nylig til stede ved et allmøte på Mo, men ikke i Mosjøen. I saken om Nye Helgelandssykehuset fremfører hun konsekvent samme budskap og avgir stemme i tråd med offisielle uttalelser fra Rana kommune. I siste styremøte i HN la hun fram forslag om å utelate Tovåsen helt, og kun jobbe videre med tomter i Sandnessjøen. Hvordan kan hun være habil i sak om Nye Helgelandssykehuset i styret for HN?

Hvorfor er Rana så interessert i at et hovedsykehus, som også Ranas innbyggere skal benytte, skal ligge lengst mulig unna befolkningen? – **faktisk lengst mulig unna 50 000 mulige pasienter på Helgeland** (Nesna, Rana, Hemnes, Hattfjelldal, Grane, Vefsn, 50% av Leirfjords befolkning og en liten andel fra Brønnøy øst/Sømna). Det samme vil styret i Helgelandssykehuset og halve styret i HN, med ansatterepresentantene i spissen!

Vi skjønner ikke at så mange styremedlemmer i Hsyk og HN kjemper for at 65% av pasientene på Helgeland skal få et dårligere tilbud av helsetjenester enn vi har i dag. Hvor er målet om Norges beste lokalsykehus – gjelder det kun innbyggerne i Sandnessjøen og ved kysten?

Hvordan kan alle utelukke et tomteområde før det er gjort konsekvensutredninger med hvilke **muligheter** som Tovåsen gir – og ikke bare fokusere på det mest negative slik Sykehusbygg, Sweco og prosjektgruppa, AD og de fleste styremedlemmer i Hsyk og HN gjør?

Vedlegg 7, Regnskap, årsverk, aktivitet og innleie

Regnskapsresultat pr 31.08.21

Negativt budsjettavvik for alle enhetene:

Mo	- 12,7 mill
Msj	- 5,2 mill
Ssj	- 16,6 mill

Forbruk av årsverk sammenlignet med budsjetterte årsverk

2021 pr.august	Fastlønn			Variabellønn			Totalt		
	Enhet	Budsjett	Forbruk	Avvik	Budsjett	Forbruk	Avvik	Budsjett	Forbruk
MIR	392,71	397,84	-5,13	23,56	40,25	-16,69	416,28	438,09	-21,82
MSJ	205,63	200,40	5,23	12,34	15,82	-3,48	217,97	216,22	1,75
SSJ	345,47	343,19	2,28	20,73	41,71	-20,98	366,20	384,90	-18,70

Dvs at Mo og Sandnessjøen bruker ca 22 og 19 somatiske årsverk mer enn budsjettert mens Mosjøen bruker færre enn budsjettert.

Aktivitet

Somatikk

Periode: August 2021													
uten HAB	Somatikk	Resultat	Endring fra i fjor	Endring fra i fjor %	Avvik fra plan	Avvik fra plan %	uten HAB	Somatikk	Resultat	Endring fra i fjor	Endring fra i fjor %	Avvik fra plan	Avvik fra plan %
Helgelandssykehuset HF	Totalt antall opphold	70 999	8 906	14 %	1 566	2 %	Mosjøen	Totalt antall opphold	21 855	3 544	19 %	2 508	13 %
	Heldøgn	7 308	487	7 %	-261	-3 %		Heldøgn	1 369	266	24 %	53	4 %
	Innlagte dagopphold	2 413	-554	-19 %	-700	-22 %		Innlagte dagopphold	525	-3	-1 %	-78	-13 %
	Polikliniske dagopphold	5 316	450	9 %	-257	-5 %		Polikliniske dagopphold	1 896	343	22 %	34	2 %
	Polikliniske konsultasjoner	55 962	8 523	18 %	2 784	5 %		Polikliniske konsultasjoner	18 065	2 938	19 %	2 499	16 %
	Totalt antall DRG poeng	11 108	558	5 %	-759	-6 %		Totalt antall DRG poeng	2 388	328	16 %	11	0 %
	Heldøgn	7 303	195	3 %	-578	-7 %		Heldøgn	1 243	184	17 %	-7	-1 %
	Innlagte dagopphold	251	-6	-2 %	-29	-10 %		Innlagte dagopphold	47	6	13 %	-1	-2 %
Polikliniske dagopphold	1 243	92	8 %	-148	-11 %	Polikliniske dagopphold	353	64	22 %	-22	-6 %		
Polikliniske konsultasjoner	2 311	278	14 %	-4	0 %	Polikliniske konsultasjoner	744	73	11 %	41	6 %		
Mo i Rana	Totalt antall opphold	24 064	2 597	12 %	282	1 %	Sandnessjøen	Totalt antall opphold	25 080	2 765	12 %	-1 224	-5 %
	Heldøgn	2 945	93	3 %	-239	-8 %		Heldøgn	2 994	128	4 %	-75	-2 %
	Innlagte dagopphold	1 196	-347	-22 %	-279	-19 %		Innlagte dagopphold	692	-204	-23 %	-343	-33 %
	Polikliniske dagopphold	2 100	-20	-1 %	-156	-7 %		Polikliniske dagopphold	1 320	127	11 %	-135	-9 %
	Polikliniske konsultasjoner	17 823	2 871	19 %	956	6 %		Polikliniske konsultasjoner	20 074	2 714	16 %	-671	-3 %
	Totalt antall DRG poeng	4 766	119	3 %	-381	-7 %		Totalt antall DRG poeng	3 954	111	3 %	-389	-9 %
	Heldøgn	3 339	-2	0 %	-332	-9 %		Heldøgn	2 721	12	0 %	-240	-8 %
	Innlagte dagopphold	131	4	3 %	7	5 %		Innlagte dagopphold	73	-16	-18 %	-35	-32 %
Polikliniske dagopphold	511	-13	-2 %	-72	-12 %	Polikliniske dagopphold	379	40	12 %	-63	-12 %		
Polikliniske konsultasjoner	786	129	20 %	17	2 %	Polikliniske konsultasjoner	782	75	11 %	-61	-7 %		

Mosjøen har aktivitet og inntekt i form av drg-poeng i tråd med plan og med planlagte ressurser. Avvik i drgpoeng pr 31.08.21 gir mindre inntekter enn planlagt som følger:

Mo	- 8,9 mill
Msj	+ 0,26 mill = balanse
Ssj	- 9,1 mill

Mo, Mosjøen og Sandnessjøen har tilnærmet lik poliklinisk aktivitet, hhv 17 823, 18 065 og 20 074. Med unntak av heldøgnsopphold, der Mo og Sandnessjøen har fødeavdeling og akuttkirurgi, drifter de 3 sykehusene relativt likt.

Innleie av sykepleiere og leger for perioden 2014 – 2020, dvs at det viser en langtidssituasjon:

Innleie sykepleiere fra firma:

Mo	35,0 mill
Msj	0,87 mill
Ssj	17,5 mill

Innleie av leger fra firma:		Innleie av leger via lønn:			
Mo	51,0 mill	Mo	57,0 mill	Sum Mo	108,0 mill
Msj	25,0 mill	Msj	56,6 mill	Sum Msj	81,6 mill
Ssj	13,5 mill	Ssj	46,0 mill	Sum Ssj	59,5 mill

Det er naturlig at Mosjøen med mange funksjonsfordelte spesialisthelsetjenester også har relativt stor innleie av leger.