

Helsedepartementet,  
eieravdelingen

## NÆRMERE OM IVARETAKELSE AV SØRGE-FOR-ANSVARET VED OMSTILLING I HELGELANDSSYKEHUSET MOSJØEN

Det vises til telefonmøte 12.12.03 hvor eieravdelingen og Helse Nord RHF ble enige om å oversende en bredere vurdering av hvordan sørge-for-ansvaret kan ivaretas på en god måte ved omstillingen i Helgelandssykehuset Mosjøen. Med dette håper vi å ha gitt en bredere vurdering av de punktene departementet ønsket utdypet.

### 1. Nasjonale føringer.

Innledningsvis kan det være hensiktsmessig å repetere noe av innholdet i St.meld. 43 (1999-2000) "Akuttmeldingen" som et bakteppe for å synliggjøre de mål og strategier som ligger til grunn for Helse Nord's vurderinger av hva som er god ivaretagelse av sørge-for-ansvaret og god ressursutnyttelse. Både St.meld. 24 (1996-97) "Tilgjengelighet og faglighet" og St.meld.43 (1999-2000) Akuttmeldingen har på en solid og faglig godt forankret måte belyst dilemmaer og utfordringer i den framtidige helsepolitikken som har vært førende for mange av de reformer som har vært vedtatt i Stortinget og gjennomført ute i Helse Norge.

St.meld. nr. 24 oppsummerer *pasientenes* hovedproblemer til for lang ventetid på behandling, ikke god nok kvalitet på tjenestene, for liten frihet i valg av sykehus og for store regionale forskjeller i tjenestetilbudet. *Myndighetenes* hovedproblemer er, i følge samme melding, uhensiktsmessig organisering, dårlig ressursutnyttelse og mangel på helsepersonell. Disse problemer omfatter:

- En ikke tilpasset sykehusstruktur.
- Ikke godt nok samarbeid med primærhelsetjenesten.
- Press på indremedisinske avdelinger når det gjelder ø-hjelp innleggelser.
- Ressurskrevende kirurgisk beredskap.
- En for lite differensiert fødselsomsorg.
- Mangel på, -og for dårlig utnyttelse av, helsepersonell.
- For lite fokus på ledelse og organisering.
- Ikke tilstrekkelig fokus på kvalitet.

Innføringen av de nye helselovene, nye pasientrettigheter, fastlegeordningen, fritt sykehusvalg og fokus på ventetid har alle vært strategier for å bote på *pasientenes* hovedproblemer og som sådan en målrettet oppfølging av St.meld.24. Sykehusreformen ble innført for å bote på *myndighetens* hovedproblemer og i de senere års sentrale satsningsområder finner vi igjen de

ovennevnte kulepunktene. Ingenting har skjedd de siste årene som rokker ved de analyser som lå til grunn for Akuttmeldingen og St.meld. 24, kanskje tvert i mot, ved at for eksempel presset på de indremedisinske avdelinger og tjenester har gått raskere enn antatt.

St.meld.nr.43 (1999-2000) gir utførlig beskrivelse av de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden, og sammenhengen mellom disse. Leddene i den akuttmedisinske tjeneste er:

1. Medisinsk nødmeldetjeneste (AMK-sentraler og LV-sentraler)
2. Kommunenes øyeblikkelig hjelp tjeneste
3. Ambulansetjenesten (bil-, båt-, luftambulanse)
4. Spesialisthelsetjenesten i sykehus (akuttmottak og de enkelte avd.)

De kombinerte hensyn til tilgjengelighet, kvalitet og effektiv ressursutnyttelse er bakgrunn for de sentrale føringer og retningslinjer som preger meldingens forslag og vurderinger. Meldingen dokumenterer at det høye volumet av øyeblikkelig-hjelp innleggelse er indremedisinske tjenester, mens behovet /volumet for tidskritisk kirurgisk øyeblikkelig-hjelp er svært begrenset.

#### **Ambulanse- og nødmeldetjenesten.**

Akuttutvalget utpeker ambulansetjenesten som det svakeste ledd i den akuttmedisinske kjeden. Det er særlig mangel på krav til bemanning og ambulanserbiler, mangel på krav til kompetanse hos ambulansepersonellet, uklare krav til responstider og ikke formalisert samarbeid med kommunal legevaktjeneste som trekkes fram i denne sammenhengen. Stortingsmeldingen legger opp til at to-manns-betjening skal være hovedregel i alle ambulanserbiler og at minst en av ambulansepersonellet pr. bil pr. vakt skal ha dokumentert fagkompetanse på nivå med fagbrev.

Melding legger stor vekt på å styrke samarbeidet mellom ambulansetjenesten og kommunal legevakt bl.a. pga flere interkommunale og stasjonære legevakter. Det oppfordres til formalisering av samarbeidet for eksempel gjennom etablering av FAM og ved etablering av lokale akuttmedisinske team.

#### **Samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.**

Stortinget har som målsetting at det etableres utvidede samarbeidsordninger mellom helsetjenester på forskjellige forvaltningsområder, gjennom mer fleksible finansierungsordninger og/eller organisatoriske løsninger som tar høyde for at stadig større deler av spesialistbehandlingen flyttes ut av sykehusene og inn i primærhelsetjenesten.

Felles akuttmottak (FAM) er et av de tiltakene som trekkes frem i denne sammenheng. FAM betyr at legevakten i vertskommunen og eventuelt nærliggende kommuner er samordnet med sykehusets akuttmottak. FAM er underlagt to forskjellige forvaltningsnivåer: Sykehusets akuttmottak sorterer under helseforetaket og legevakten under kommunen. Samarbeid vil gjøre at pasienten kun trenger å henvende seg til ett sted ved akutt skade eller sykdom. Det gjør også at primærlegen lettere kan innhente faglige råd fra spesialister fra sykehuset, uten at pasienten må legges inn på sykehuset. Departementet har derfor i Akuttmeldingen oppfordret til etablering av FAM der dette synes hensiktsmessig.

Departementet understreket også i meldingen at innføringen av fastlegeordningen ville bidra til økt tilgjengelighet på dagtid noe som ville redusere presset på legevakten resten av døgnet.

### **Indremedisinsk beredskap må styrkes**

Økende levealder og færre fødsler fører til en stadig økende andel eldre i befolkningen. Ø-hjelp innleggelser ved indremedisinske avdelinger domineres allerede i dag av eldre pasienter. Befolkningsutviklingen vil uten tvil øke presset på disse avdelingene, og skape store kapasitets- og ressursmessige utfordringer i årene framover.

Ø-hjelp innleggelsene domineres av indremedisinske lidelser. Hjertelidelser, hjerneslag og lungesykdommer er eksempler på de mest utbredte lidelsene. Disse lidelsene forekommer først og fremst hos eldre personer. Store sykdomsgrupper (eks. aldersdemens, blodtrykk, slag, hjertesvikt, diabetes, kreft, leddgikt, lårhalsbrudd, hofteproteser) som dominerer i høy alder, vil øke sin utbredelse med 40 til 60 prosent mot år 2030. En nedgang i dødelige sykdommer som hjerte-karsykdommer (som allerede er observert) og kreft (hvor man venter på et gjennombrudd), vil forlenge livet til mennesker med kroniske lidelser. Undersøkelser som Statens helsetilsyn har utført viser at 42 prosent av pasientene i indremedisinske avdelinger er 75 år og over, og at hver fjerde pasient har behov for spesialisert kompetanse innen geriatri. Reduksjon i antall sykdommer man dør av, og økning i antall sykdommer man dør med, vil resultere i flere eldre med økt antall år med funksjonssvikt. Dette vil igjen gi økte behov for sykehus tjenester.

Lærings- og mestringssentre kan redusere behov for ø-hjelp innleggelser.

En meget stor andel pasienter ved sykehusenes indremedisinske avdelinger er personer med kroniske sykdommer. For disse pasientene er opplæring og mestring en forutsetning for å oppnå ønsket virkning av behandling. Hovedtendensen fremover vil likevel bli flere ø-hjelp innleggelser og økt press på sykehusenes indremedisinske avdelinger.

Akuttmeldingen fremhever derfor at det totale tilbudet i akuttmedisinsk beredskap i indremedisin må styrkes i takt med det økte behov som følge av økningen i antall eldre.

### **Kirurgisk beredskap må rasjonaliseres**

Kirurgisk beredskap ved sykehusene er svært ressurskrevende, både når det gjelder personell og kostnader. Akuttutvalgets undersøkelse viste at det utføres svært få ø-hjelp inngrep på kveld- og nattetid ved enkelte små sykehus (dvs. mindre enn 40 000 innbyggerer i opptaksområdet). Bare ca. fem prosent av ø-hjelp kirurgien finner sted i tidsrommet mellom klokken 24:00-08:00; et gjennomsnitt på en til to operasjoner i måneden. Disse tallene er bekreftet gjennom de utredninger som er gjort av Helse Nord i de regionale rapporter om kirurgisk akuttberedskap i februar 2003. Sykehusenes vaktberedskap er med andre ord svært ressurskrevende. Det kreves fire til fem stillingshjemler for hver spesialitet som skal ha vaktberedskap. De fleste lokalsykehus har passiv beredskap på ettermiddag, kveld og natt for legespesialisten. Dette betyr at i tillegg til at beredskapen sjelden er i bruk, bindes svært mye av arbeidstiden til kirurgene i passivt arbeid.

Forholdene for kirurgisk beredskap i sykehus er annerledes enn for indremedisinsk beredskap, mye på grunn av et langt mindre volum. På denne bakgrunn mener departementet at det finnes rom og behov for rasjonalisering av den kirurgiske akuttberedskapen. Den funksjonsfordelingen som synes å ha størst potensiale, særlig når det gjelder kapasitet, synes å være skillett mellom akutt og elektiv kirurgi.

Departementet har stilt krav til de regionale helseforetak om å gjennomgå dagens sykehusstruktur med sikte på å få i stand en bedre arbeidsdeling mellom sykehusene. I denne sammenheng peker departementet på nødvendigheten av å rasjonalisere den kirurgiske

beredskapen, da effekten vil være størst her. Der forholdene ligger til rette for det kan det skilles mellom sykehusenes indremedisinske og kirurgiske beredskap. Det betyr at små sykehus gjerne kan ha indremedisinsk beredskap, selv om de ikke har kirurgisk beredskap.

Mangelen på helsepersonell er en av årsakene til at departementet ønsker rasjonalisering av den kirurgiske beredskapen. Når alle sykehus dekker alle spesialiteter, samt ø-hjelp, blir mangelen på kvalifisert personell større enn strengt tatt nødvendig, fordi mye personell avsettes til vakt-beredskap. Potensialet for å frigjøre ressurser blir derved mindre enn hva som er mulig.

### **Fødselsomsorgen må differensieres**

Departementet vurderer det slik at det overordnede målet for fødselsomsorgen må være at det fremdeles skal kunne tilbys et desentralisert fødetilbud i Norge, og at det skal holde god faglig standard. Helsetilsynets inndeling av fødeinstitusjonene i kvinneklinikker (mer enn 1500 fødsler per år), fødeavdelinger (minst 400-500 fødsler per år) og fødestuer (minst 40 fødsler per år) gjøres veiledende for planleggingen av den framtidige fødselsomsorgen. Inndelingen anbefales av akuttutvalget, og møter få innsigelser blant høringsinstansene. Den forutsetter imidlertid at den fødende får god oppfølging av jordmor under svangerskapet, at risikofødsler blir selektert til riktig nivå, og at det utarbeides klare rutiner for hvordan de ulike fødeinstitusjoner skal samarbeide.

Ved tre av landets lokalsykehus er det fødestuer i sykehuset. På bakgrunn av de gode erfaringene som er gjort blant annet ved Lofoten sykehus (se St.meld.nr.43, boks 6.18), vil departementet anbefale at fødestuemodellen også utprøves ved andre lokalsykehus der antall fødsler er under 400 per år. Fødestuer er jordmorstyrt, og vil derfor redusere problemet med å rekruttere gynekologer til de minste sykehusene.

## **2. Helse Nords vurdering av endringene i Helgelandssykehuset HF.**

### **Ambulanse- og nødmeldetjenesten.**

De tidligere utredninger i forbindelse med omleggingen av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorgen i Helgelandssykehuset har beregnet konsekvenser for ambulanse- og nødmeldetjenesten til at det er behov for å styrke tjenesten med en ekstra bil i Mosjøen. Denne skal være en døgnbil med tomannsbetjening og kompetansekravet skal være på linje med kravene i Akuttmeldingen. Det er også behov for en økning i Sandnessjøen, med en ekstra dagbil for bl.a. ivaretagelse av hjemtransport fra Sandnessjøen til Mosjøen-området.

Helse Nord RHF har satt av midler til denne økningen i ambulansen over budsjettet for 2004. Ambulansetjenesten i Helgelandssykehuset har pr. i dag en bemanning og kompetanse som er i tråd med ambulanseplanen, dvs at minst 1 ved hver bil har fagbrev. Det er også igangsatt et arbeid for å kartlegge den reelle kompetansen i tjenesten med sikte på å lage en opplæringsplan som skal sørge for at vi i løpet av 2004 har tilført ny kompetanse på særlige områder med betydning for de endringer som vil iverksettes i akuttberedskapen. Program for opplæring/kompetansebygging i skadehåndtering og stabilisering etter skader skal gjennomføres og BEST-konseptet blir innført ved alle enhetene i Helgelandssykehuset. I denne opplæringen inngår, for Mosjøens vedkommende, ambulansetjenesten og primærlegene i de tre kommunene som utgjør sykehusområdet.

Helgelandssykehuset HF har vedtatt å legge en felles nødmeldesentral ( 113) til Sandnessjøen. Det er en vedtatt strategi for Helse Nord at helseforetakene skal ha en AMK-sentral og en

driftsorganisasjon for ambulanse- og nødmeldetjenesten i hvert foretak. AMK-sentralene med 113 funksjon skal samordne sin virksomhet slik at sikkerhet og tilgjengelighet for publikum til enhver tid ivaretas. Systemsikkerheten må gås igjennom, og det må lages felles løsninger, med preprogramerte tiltak som kan aktiveres ved tekniske sammenbrudd, store hendelser og katastrofer. Planene skal beskrives og være en del av den regionale beredskapsplan. Dette for å sikre god koordinering og utnyttelse av de samlede ressurser.

Prosjektet Prehospital Trombolyse (PHT) har to viktige funksjoner: Nytt og likeverdig tilbud til hele befolkning ved akutt koronarsykdom, samt en betydelig styrking av de prehospitaltjenester. Tilbudet om prehospital trombolyse skal være tilgjengelig for befolkningen i alle kommuner i løpet av 2004. Alle ambulanser (bil, båt, fly) får nytt utstyr for EKG taking og hjertestarter. Det skal etableres mottakstasjon for EKG i hvert helseforetak. Aktuelle IKT løsninger søkes integrert i sykehusets IKT-virksomhet og samtidig kommunisere mot en felles MUSE-database som plasseres på UNN HF for etablering av et regionalt nettverk i første halvår 2004. Standardiserte medisinske prosedyrer, krav til opplæring, kompetanse og dokumentasjon, samt felles standardiserte legemidler vil gi et kvalitetssikret regionalt tilbud og effektiv utnytting av ressurser. I alt ca. 1000 ambulanse- og helsepersonell får opplæring i dette.

### **Samarbeidet med primærhelsetjenesten.**

Det er 3 kommuner i Mosjøens sykehusområde. Kommunelegene i 2 av disse har deltatt i arbeidet med å utrede konsekvenser av foretaksmøtets vedtak. Det viktigste tiltaket for å sikre en god kommunikasjon og et godt samarbeid mellom nivåene er etter disses vurdering, etableringen av FAM i sykehuset. Dette arbeidet er godt i gang, hvor det er avholdt flere møter med kommunene omkring avklaring av bygningsmessige behov og samarbeidsforhold.

Vefsn kommune, som er vertskommune for sykehuset, har den største befolkningskonsentrasjonen og de har allerede i flere år uttrykt behov for nye legevaktlokaler. Kommunen ønsker nå å satse på et felles akuttmottak i sykehuset. Det er avsatt midler over investeringsbudsjettet for 2004 for å sikre ombygging til FAM i Mosjøen.

De to øvrige kommunene er svært små og har en avstand til sykehuset som medfører problemer med å ha legevakten i sykehuset. De er imidlertid opptatt av å sikre ledsagelse fra sykehuset ved videre transport. Dette er det lagt opp til i våre strategier og tiltak for omstillingen.

Kommunelegene i alle kommunene vil imidlertid delta i kompetanseprogrammer for skadehåndtering og stabilisering etter skader, slik at kompetansen og rutinene rundt akuttmedisinske forhold skal være forutsigbare og kjente i alle ledd.

### **Fødselsomsorgen**

Helgelandssykehuset HF har 3 sykehusavdelinger og 1 fødestue med til sammen ca. 900 fødsler. Hver for seg har ingen av avdelingene over 400 fødsler i året, slik faglige retningslinjer for nivådelingen i fødselsomsorgen skisserer. Sykehuset i Mosjøen har i underkant av 200 fødsler. Fra årsskiftet har sykehuset kun en kirurg med fødselskompetanse samt en gynekolog i regelmessig vaktordning. I tillegg er det gynekolog i innleie hver 6 uke, og sykehuset har 2 leger med sectiokompetanse, men ikke fødselskompetanse. Av denne grunn, er det vanskelig, og vil medføre store ekstrakostnader, å opprettholde fødeavdelingen særlig mye lengre enn til 1. mars 2004. Sykehuset har så langt begynt planleggingen av dette ved å planlegge hospitering av jordmødre og barnepleiere ved 3

fødestuer i januar 2004. Øvrig implementering er så langt stilt i bero i påvente av behandlingen av statsbudsjettet og Helseministerens tilsvarende svar til Helse Nord's melding om prosjektet fra november 2003.

Kommunelegene i 2 av de 3 kommunene i sykehusets lokalsykehusområde deltok i den prosjektgruppen som utredet omstillingene i Mosjøen. Omlegging fra fødeavdeling til jordmorstyrt fødestue er akseptabelt og forståelig sett fra primærlegene, uttalte de i prosjektgruppen. Utarbeiding av seleksjonskriterier og samarbeid om rutinene for svangerskapsomsorgen er vesentlige for deres standpunkt. Primærlegene har imidlertid vært mest opptatt av å sikre at følgetjenesten blir ivaretatt fra spesialisthelsetjenesten. Dette er lagt til grunn for våre vurderinger, og inngår som en del av bergningene for at vi setter inn en ny to-mannsbetjent ambulansebil på døgnbasis i Mosjøen. Jordmor fra fødestuen skal ledsage kvinner i fødsel ved behov for transport. Avstanden mellom Mosjøen og Sandnessjøen er ca. 65 km og det tar i underkant av en time med ambulansebil.

Parallelt med omgjøringen til fødestue i Mosjøen bygges Sandnessjøen opp til en fullverdig fødeavdeling. Det samme gjelder Mo i Rana, som ligger 75 minutter unna Mosjøen. Det er tilført gynekologhjerner til begge disse enhetene og Sandnessjøen har pediater mens Mo i Rana har fått hjemmel for utlysning i 2004. Med dette har vi 2 fullverdige fødeavdelinger med 3-4 gynekologer og 1 pediater hver, i tillegg til de to jordmorstyrte fødestuene (Mosjøen og Brønnøy), noe vi anser for å være et godt og differensiert fødselstilbud i på Helgeland.

### **Helgelandssykehuset Mosjøen som en trykthetsskapende ressursbase for befolkningen i området.**

Helse Nord har mange små sykehus og problemer med rekruttering og stabilisering av nøkkelpersonell. Den desentrale organiseringen av sykehusene gir en ressurskrevende kirurgisk beredskap som gjør det vanskelig å utnytte kapasiteten for planlagte inngrep på en god måte. Paradoksalt nok i forhold til at vi har mange sykehus, økte utgiftene til gjestepasientkjøp med ca. 20% i Helgelandssykehuset HF og en høy andel vikar- og innleieordninger. Samtidig har vi en betydelig underkapasitet på tilbudet til de store pasientgruppene, kronikerne, psykiatriske pasienter, hjerte/kar-pasienter og tilbudene innenfor geriatri og rehabilitering. Som skissert i Akuttmeldingen er det innenfor disse områdene vi trenger betydelig styrking av tjenestetilbudet.

Som ledd i arbeidet med omstillingen på Helgeland har vi besøkt Dalarna län i Sverige for å studere deres modell med nærsykehus. Länet har betydelig erfaring med omstilling av akutt kirurgi og de har drevet 2 nærsykehus, i Avesta og i Ludvika, i 10 år. Akuttsykehuset i Falun befinner seg ca. 1 times kjøring unna begge de to nærsykehusene.

Avesta hadde 500 fødsler og de hadde gynekologisk kirurgi, da de la ned fødeavdelingen på begynnelsen av 90-tallet. Den gynekologiske kirurgien forsvant av seg selv på slutten av 90-tallet. Erfaringene de har er at den medisinske kvaliteten er bedre og risikoen er borte. De har en stabil bemanningssituasjon i motsetning til før og de har en bedre økonomi. Det som nå er igjen ved Avesta er den gynekologiske poliklinikken som er et verdifullt bidrag til virksomheten. Avesta har kun dagkirurgi og poliklinikk, mens Ludvika har noe elektiv kirurgi i tillegg til dagkirurgi og poliklinikk. Ved omlegging av kirurgi og ortopedi til dagkirurgi uten vaktberedskap i Avesta og Ludvika har besparelsen vært ca. 100 millioner. Kirurgen anførte at kvaliteten var blitt bedre ved å samle dagkirurgien, men at mye tid gikk med til pendling, da all dagkirurgi i søndre Dalarna var samlet ved disse to nærsykehusene og stort sett betjent av kirurger fra den sentrale kirurgklinikken i Falun.

Organiseringen av helsetjenestene i søndre Dalarna virker effektiv og hensiktsmessig både i forhold til fag, økonomi og befolkningens trygghet. Det synes som om det leveres tjenester av høy kvalitet og arbeids- og funksjonsdelingen mellom de tre enhetene i søndre Dalarna fungerer godt. Usikkerheten som rådde på 90-tallet er vendt til en positiv optimisme og befolkningen synes tilfreds med sine nærsykehus.

Både Avesta og Ludvika har opplevd at spesialister som forlot sykehusene for mange år siden nå kommer tilbake for å arbeide og bo i Dalarna, men Ludvika har hatt noe problemer med å rekruttere indremedisinere. Tilbudet til kronikergruppene er betydelig bedre i Dalarna enn i vår region. Både antall senger og overleger innen rehabilitering og geriatri synliggjør at nærsykehusene er et svært godt kvalitativt og kvantitativt tilbud til denne gruppen pasienter.

Forskjellen på Sverige og Norge er jo spesielt knyttet opp til at de i Sverige har samme eier av primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Dette gjør det selvsagt enklere å få til den nødvendige samhandling rundt disse nærsykehusene. Det er imidlertid ingenting som skulle tilsi at en ikke skulle få det til, selv om en har ulike eierforhold, dersom begge parter ønsker det.

Eksemplene fra Dalarna bekrefter den strategien Helse Nord RHF har valgt både når det gjelder betydningen av å etablere felles akuttmedisinske mottak (FAM) ved lokalsykehusene og å samordne de ulike ledd i behandlingsskjeden generelt. Både Avesta og Ludvika har kun en lege i aktiv vakt på hele sykehuset, inkludert akuttmottaket, om kvelden/natten og denne kan like godt være en primærlege. I tillegg er det altså indremedisiner og anestesilege i hjemmevakt, og dette vaktssystemet synes å fungere godt. På spørsmål fra oss om det var mange tilfeller hvor de skulle hatt kirurgisk støtte lokalt, svarte medisinere at ”nej, man lær seg ta det som kommer”. De savnet ikke kirurgene på kveld og nattetid. Det hadde vært svært få tilfeller av behov for livreddende stabilisering ved nærsykehusene, og personalet her berømmet ambulansetjenesten for at de taklet alt.

Forholdene i Dalarna kan sammenliknes med Helgeland, men nedslagsfeltene er større – Avestad og Ludvika har henholdsvis 37 880 og 37 132 i sitt sykehusområde, mens Mosjøen har 16 656, avstandene noe kortere og vær- og klimaforholdene er mer stabile i Dalarna. Det svært lave antallet akutte kirurgiske pasienter som er innom et av de to nærsykehusene for stabilisering før videre transport, er imidlertid et tegn på at ordningen både er forsvarlig og trygg og at det har vært mulig å skape en bedre kvalitet på tjenesten ved en omstrukturering. Bortfall av den kirurgiske akuttberedskapen i Avesta og Ludvika ga en besparelse på ca. 100 millioner. At det også finnes et økonomisk potensial ved slike endringer er en faktor vi ikke kan se bort fra, men det er ikke gjort til noe hovedpoeng for Helse Nord i forhold til våre vurderinger.

Både Ludvika og Avesta synes å ha et godt samarbeid med Falun som betjener de to nærsykehusene på mange måter. Vi satt igjen med inntrykket at de indremedisinske avdelingene fungerte godt med de vaktordningene som er angitt, selv om det ikke var akuttkirurgisk beredskap ved sykehusene. Både personalet ved sykehusene og befolkningen i områdene syntes de hadde fått et tryggere og mer stabilt helsetilbud etter omleggingene, først og fremst fordi problemene med å skaffe kvalifisert personell, spesielt innenfor kirurgi og fødselsomsorg, var vanskelig tidligere og dette ga en ustabil og uforutsigbar beredskap og var en stadig trussel for sykehusenes eksistens.

Med de foreslåtte nye tiltakene ved sykehuset i Mosjøen vil vi skape en større trygghet gjennom å gi et økt tilbud til de store grupper av indremedisinske pasienter som har behov for

nærhet til sykehus og hyppige sykehusbesøk. Vi etablerer nye polikliniske tilbud, som vil gi et bedre tilbud enn i dag og vi får økt produksjon på elektiv kirurgi gjennom en større dagkirurgisk aktivitet og en ren elektiv produksjonslinje innenfor et område av kirurgien hvor vi har lang ventetid. Vi søker også et mer stabilt, samordnet og forutsigbart akuttmedisinsk miljø gjennom et tettere samarbeid med primærhelsetjenesten og utvikling av et bredere faglig kompetansemiljø gjennom økt kompetanse til alle ledd i den akuttmedisinske kjeden. Dette i tillegg til en styrking av ambulanse- og nødmeldetjenesten tilsier at Mosjøen vil utvikle seg til å bli en trygghetsskapende ressursbase, på linje med nærsykehusene i Dalarna, for befolkningen i området. Samtidig vil befolkningen på hele Helgeland få et tjenestetilbud av høyere kvalitet, mindre risiko forbundet med kompleks volumavhengig kirurgi og med kortere ventetid for elektiv behandling.

Helse Nord RHF vurderer omleggingen slik at en ivaretar kravet til forsvarlighet og trygghet til befolkningen med de valgte løsningene samtidig som tjenestetilbudet blir mer differensiert og av bedre kvalitet. En beholder en fortsatt desentralisert tjeneste for de grupper som aller mest trenger tilbud nært hjemmet, selv om noen få pasienter må reise noe lenger for å få utført et kirurgisk inngrep. Frigjort passiv arbeidstid blir omgjort til aktiv ”knivtid” noe som gir elektive tilbud til flere, som igjen kan føre til mindre gjestepasientkjøp og sparte penger som kan komme Helgelandssykehuset til gode.

Helse Nord RHF konkluderer således med at Helgelandssykehuset Mosjøen har og gis forutsetninger som vil gi en trygghetsskapende ressursbase for befolkningen i området på en god måte.

Vennlig hilsen

Finn Henry Hansen  
konst. administrerende direktør

Einar Hannisdal  
fagdirektør