



Styresak 116/2020

Vedlegg 2

Nye Helgelandssykehuset

Forutsetnings- og metodenotat for faglige strategisk utviklingsplan
og økonomiske bæreevne

Kvalitetskontroll

Hendelse	Revisjon	Dato	Enhet	Utført av	Kommentarer		Kommentar
					Ja	Nei	
Opprettet	0.1	29.10.20	SB	AV			
Sidemanns-kontroll	0.1	27.11.20	Sb/HSYK	Prosjektteam			Innarbeidet
Deloitte	0.2		Tilført kapittel og gjennomgang	Deloitte, ØH, AV			innarbeidet
Kvalitetssikring	1.0	02.12.20	SB	VH			innarbeidet

Versjon	1.0
Dato	2.12.2020
Status	Grunnlag styrebehandling i Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF
Utarbeidet av	Sykehusbygg HF og Deloitte
Godkjent av	Helgelandssykehuset HF

Innhold

Innhold	2
1 Bakgrunn/Mandat	3
2 Hensikt med notatet	3
3 Tidligere vedtak.....	4
3.1 Sentrale forutsetninger for utviklingsplanen	4
4 Forutsetninger spesifikt for arbeidet i fase 0.....	6
4.1 Framskrivning	6
4.2 Faglig strategisk utviklingsplan	6
4.2.1 Tolkning av oppdraget	6
4.3 Økonomisk bæreevne	10
4.3.1 Forutsetninger for finansiering	10
4.3.2 Forutsetninger for kapitalkompensasjon.....	11
4.3.3 Overordnede forutsetninger for bæreevneanalyser	11
5 Prosess og metode	12
5.1 Overordnet fremdrift	12
5.2 Metode framskrivning.....	12
5.3 Metode faglig strategisk utviklingsplan	13
5.3.1 Grunnleggende prinsipper for arbeidet	13
5.3.2 Grupper	13
5.3.3 Prosess for oppdatering av utviklingsplan	14
5.3.1 Særlige hensyn i prosessen	15
5.3.2 Arbeidsform	15
5.3.1 Sluttrapport.....	16
5.4 Metode økonomisk bæreevne.....	16
5.4.1 Overordnet metode og fremgangsmåte for bæreevneanalyser	16
5.4.2 Driftsøkonomiske analyser.....	17
5.5 Kriterier for evaluering og innstilling	18

1 Bakgrunn/Mandat

I foretaksmøte med Helse Nord RHF den 27.01.2020, avgjorde helse- og omsorgsminister Bent Høie ny sykehusstruktur på Helgeland. Helseministeren sluttet seg til styret i Helse Nord RHF sin vedtatte løsning:

Ett sykehus lokalisert på to steder; ett akuttisykehus i Mo i Rana og ett i akuttisykehus i Sandnessjøen og omegn. I tillegg videreføres planene om et distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund. I konseptfasen skal etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen utredes. Akuttisykehuset i Sandnessjøen og omegn skal være hovedsykehus.

I grunnlagsdokumentet til oppdraget gitt fra Helse Nord RHF er det stilt krav om *oppdatering av faglig utviklingsplan*, direkte som følge av vedtakene om å iverksette planarbeidet for Nye Helgelandssykehuset.

«...På kort sikt vil det være svært viktig at organisasjonen utarbeider en faglig utviklingsplan slik at medarbeidere ser et fremtidsbilde som de identifiserer seg med».

«... behov for oppdatering av det faglige dimensjoneringsgrunnlaget gjennom en overordnet faglig utviklingsplan». (Sak 137-2019)

I arbeidet med utviklingsplanen skal Helgelandssykehuset *oppdatere dimensjonerings-grunnlaget og oppdatere analyser for økonomisk bærekraft.*

Vedtaket om å endre fra tre til to somatiske sykehus gjør at faglig strategisk utviklingsplan og dimensjonering må oppdateres før oppstart av konseptfasen iht. tidligfaseveilederen. Prosjektet Nye Helgelandssykehuset er nå i konseptfasens steg 0-forberede konseptfase. Konseptfasen vil bestå av tre steg:

- Konseptfase steg 0: Forberede konseptfase
- Konseptfase steg 1: Hovedprogram og alternativvurdering
- Konseptfase steg 2: Utdyping av valgt hovedalternativ

2 Hensikt med notatet

Hensikten med metode- og forutsetningsnotatet er å forankre og ramme inn prosessen med faglig strategisk utviklingsplan og økonomisk bæreevne i steg 0.

Slik oppdraget er utformet er det i fase 0 behov for en begrenset oppdatering av utviklingsplan som skal sikre nødvendige avklaringer og framdrift i arbeidet med Nye HSYK. Forutsetningsnotatet vil redegjøre for hvordan oppdraget forstås, avgrenses og hvordan arbeidet med oppdatering av utviklingsplanen skal organiseres.

Et vesentlig grunnlag for arbeidet med utviklingsplanen og planlegging av dimensjonering er oppdaterte analyser og framskrivninger. I dette dokumentet beskrives grunnlaget for framskrivningsarbeidet innrettet mot det konkrete formålet i denne fasen av prosjektet.

Det skal gjøres analyser av økonomisk bærekraft for de alternative modeller som følge av utviklingsplanens forslag til funksjonsfordeling og alternative driftsmodeller.

Forutsetningsnotatet legges frem for orientering i styremøter i Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF i desember 2020

3 Tidligere vedtak

Helgelandssykehuset har gjennomført en serie med utredninger som forberedelse til vedtak om sykehusstruktur. I sak 137-2019 redegjør Helse Nord RHF for grunnlaget for beslutning som blir gjort gjeldende for foretaksmøter mellom Helseministerens og Helse Nord RHF, og videre mellom Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF.

3.1 Sentrale forutsetninger for utviklingsplanen

Vedtak	Beskrivelse av vedtaket
Foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF 27. januar 2020	<p>Vedtak om struktur og lokalisering: «.....Ett sykehus lokalisert på to steder; ett akuttisykehus i Mo i Rana og ett i akuttisykehus i Sandnessjøen og omegn....</p> <p><i>Pkt. 2. a)</i> <i>Helgelandssykehuset Sandnessjøen etableres som helseforetakets hovedsykehus med følgende funksjoner: Akuttisykehus med indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaksamarbeid med Nordlandssykehuset). Det foreslås videre at Helgelandssykehuset Sandnessjøen skal ha urologi, plastikk-kirurgi, spesialisert rehabilitering/fysikalsk medisin, og øre-nese-hals som krever sengekapasitet.....</i></p> <p><i>Pkt. 2. b)</i> <i>Helgelandssykehuset Mo i Rana etableres som akuttisykehus: Indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, ortopedi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaksamarbeid med Nordlandssykehuset HF).</i></p> <p><i>Pkt. 2. c)</i> <i>DMS i Brønnøysund planlegges som forutsatt</i></p> <p><i>Pkt 3.</i> <i>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</i></p> <p><i>Pkt. 5.</i> <i>Styret forutsetter at Helgelandssykehuset HF skal drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokalisasjoner. Befolkningen skal møte en kunnskapsbasert praksis, og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med kvalitet.</i></p>

	<p><i>Pkt. 6. Styret ber om at tjenestetilbudet i rus og psykisk helsevern videreutvikles med basis i dagens DPS-struktur med sengekapasitet og poliklinikker. I konseptfasen må det også gjøres en vurdering av hvordan det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og rus skal styrkes innen framtidig struktur, jf. nasjonale målsettinger.</i></p> <p><i>Pkt. 8. Styret ber adm. direktør om å ta initiativ til et samarbeid med Nord universitet om videreutvikling av sykepleierutdanningen på Helgeland slik at kapasiteten økes, rekrutteringen kan styrkes og praksisplassene i spesialisthelsetjenesten brukes til å utdanne sykepleiere.</i></p> <p><i>Pkt. 9. For å styrke rekrutteringen av leger på Helgeland ber styret adm. direktør om å ta initiativ til et samarbeid med Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet slik at medisinerstudenter får gjennomført 5. og 6. år på Helgeland, etter modell fra Bodø og Hammerfest.</i></p> <p><i>Pkt. 10. Helgelandssykehuset har ansvar for spesialisthelsetjenesten til den sørsamiske befolkningen på Helgeland. Styret forventer at det legges til rette for et godt tilbud til den sørsamiske befolkningen i den nye strukturen.»</i></p>
Styresak 137-2019 Helse Nord RHF 18.12.2019	Vurderingsavveininger forut for vedtak, som igjen er grunnlag for vedtak i foretaksprotokoll
Ny nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) bygger videre på Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 med en styrking av pasientens helsetjeneste.	Krav til bærekraftig helsetjeneste gjennom ni strategier: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasienten er aktiv deltaker 2. Helhetlige og sammenhengende tjenester 3. Sårbare pasienter møtes med team 4. En sammenhengende akuttmedisinsk kjede 5. Spesialisthelsetjenester i hjemmet 6. Bruk av helsedata til det beste for fellesskapet 7. Livslang læring 8. Ledelse bidrar til endring 9. Vi lærer av hverandre
Regional utviklingsplan Helse Nord	De mest sentrale er Spesialisthelsetjenesteloven, Pasient og brukerrettighetsloven, Psykisk helsevernloven, Helse og omsorgstjenesteloven (tvang i TSB)
Helselovgivningen med forskrifter https://lovdata.no/	De mest sentrale er Spesialisthelsetjenesteloven, Pasient og brukerrettighetsloven, Psykisk helsevernloven, Helse og omsorgstjenesteloven (tvang i TSB)
Veileder for arbeidet med utviklingsplan (Helse Nord 2016)	Veilederen omfatter komplett utviklingsplan. I prosjektet benyttes veilederen så langt det passer

Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)	Denne forskriften setter krav til spesialiseringsløp
Veileder: Deling av somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord	Prinsippinndeling for spesialiteter

4 Forutsetninger spesifikt for arbeidet i fase 0

4.1 Framskrivning

En beregning av framtidig dimensjoneringsbehov for Helgelandssykehuset HF utføres med utgangspunkt i dagens aktivitet (2018) koblet mot tilhørende befolkningsframskrivinger fra SSB (2018). Framskrivingene vil oppdateres med 2019-data dersom disse blir tilgjengelige i løpet av dette arbeidet. Det vil framskrives til 2035 og 2040. I dette arbeidet vil vi benytte RHF-enes framskrivingsmodell.

I første omgang vil aktiviteten ved Helgelandssykehuset framskrives som et samlet helseforetak, uavhengig av lokasjon. For å beregne framtidig aktivitet og kapasitetsbehov vil det i tillegg til den demografiske framskrivningen beregnes effekter av omstillingsfaktorer og utnyttelsesgrader.

For å beregne kapasitetsbehov knyttet til pasientforløp og fagområder vil det i forbindelse med framskrivningen gjennomføres analyser av dagens aktivitet, samhandling med kommunehelsetjenesten, private avtalespesialister, potensiale for endringer og muligheter for kapasitetsutnyttelse. I løpet av arbeidet med den faglig strategiske utviklingsplanen vil dimensjoneringsgrunnlaget kunne justeres i henhold til framtidig funksjonsfordeling. Disse justeringene kan være i de kvalitative omstillingsfaktorene, eller også forutsetninger om ulike utnyttelsesgrader og åpningstider. Det vil gjøres følsomhetsanalyser som viser de kapasitetsmessige konsekvensene av flere alternative beleggspresenter og åpningstider.

4.2 Faglig strategisk utviklingsplan

4.2.1 Tolkning av oppdraget

Begrepet «Oppdatering....»

Revisjon av utviklingsplanarbeidet kan ikke skje gjennom direkte oppdatering av siste godkjente utviklingsplanen for helseforetaket (dokumentdato 2014). Den gjeldende planen var utformet som grunnlag for å beslutte sykehusstruktur. Ingen av strukturalternativene er i samsvar med den vedtatte strukturen. Utviklingsplanen fra 2014 benyttes så langt det passer til oppdraget. Helse Nord's overordnede utviklingsplan er gjeldende og legges til grunn.

....«overordnet...».

Iht. oppdraget skal utviklingsplanen være *overordnet*. Utgangspunktet i vedtaket fra Helseministeren er svært detaljert. *Overordnet* inviterer allikevel til at det er hovedtrekkene som skal vurderes i utviklingsplanarbeidet. I Vurderingen vil en legge vekt på vurderingsprinsippene «Vanlig, Viktig og Vanskelig». Dette innebærer at en vurderer de store pasientgruppene primært (vanlig), og deretter

pasientgruppene med hvor marginene er små («viktig») og der det er så avanserte metoder at det strekker seg ut over spesialistkunnskap tilsvarende lokalsykehusnivå («vanskelig»).

Utviklingsplanen i steg 0 er tilstrekkelig *overordnet* når den oppfylle de uttrykte målene om at *medarbeidere ser et fremtidsbilde som de kan identifisere seg med* og at det danner grunnlag som *dimensjoneringsgrunnlag* (se kap. 5.2).

...«faglig utviklingsplan»

«Faglig» i denne sammenheng avgrenses til de helsefaglige tjenestene og de sentrale støtte- og servicetjenester.

I foretaks møte med Helse Nord RHF den 27. januar 2020, avgjorde helse- og omsorgsminister Bent Høie struktur og lokalisering av de sentrale dag- og døgntilbudene. Strukturen er i hovedsak organisert etter medisinske spesialiteter. Dette tolkes slik at vurdering av spesialiteter som ikke er omtalt i styresaken, grensespesialiteter under de omtalte spesialitetsinndelingen og spesielle prosedyrer/ metoder er innenfor prosjektets frihetsgrader så lenge det ikke er i strid med regionale føringer som er forankret i Helse Nord «sørge for ansvar».

«Skal»:	Ikke til vurdering
«Foreslått»	Vurderes i prosjektet, men må ha vektige grunner for å avvike (analogt til <i>bør</i> i lovttekst)
«Utredes»	Beslutning etter vurdering i planprosessen

Spesialitet oppfattes å være knyttet til medisinskfaglig ansvar og ikke til avdelingsavgrensning eller arealdisponeringer. Med medisinskfaglig ansvar menes ansvar for forsvarlig utøvelse av spesialisthelsetjeneste.

Inndelingen i spesialiteter skal ikke være et hinder for å vurdere utvikling av pasientbehandlings-tilbudet på tvers av spesialiteter og tjenester. Uansett inndeling er det et krav at gruppene innretter arbeidet mot overordnet målsetting om *helhet* og *sammenheng* (jf. prosjektmålene)

Begrepet *akuttberedskap* er kjernemoment i oppdraget. Akuttberedskap forstås som løpende beredskap for hastig oppståtte hendelser, og omfatter vurdering og behandling av øyeblikkelig hjelp-henviste (forskjellig fra de som er henvist som elektivt), og ansvar for innlagte med behov for oppfølging (kritisk syke, nyopererte osv.). Prosjektet legger til grunn at beredskapen er knyttet til ansvarlig spesialist i gjeldende fag. Beredskap for andre profesjoner som følge av spesialitet kommer i tillegg (f.eks. stansteam, mottak, intensiv, operasjonsteam mm). Det legges videre til grunn at helseministeren spesifikt har knyttet akuttberedskapen til hver og en av 7 spesialiteter, og at dette beredskapen skal være både i Sandnessjøen og Mo I Rana (unntatt ortopedi, og evt. radiolog-vakt i samarbeid med NSH).

Døgnbehandling forstås som stedbundne tjenester i sykehusene. Polikliniske tjenester er i prinsippet ikke stedbundet og kan utføre i lokasjoner utenfor sykehuset gjennom ulike ordninger for ambulerende og fjernkonsultasjon. Prosjektet legger til grunn at det skal være fleksible løsninger for desentraliserte tilbud, innenfor rammen av særlige krav til utstyr, krav til samtidighet av andre personellressurser eller tjenester, og den relative ressursbruken til ambuleringen for personell som utgjør en knapphetsressurs.

Iht. vedtaket skal det utredes mulighet for noe poliklinikk i Mosjøen (foretaksprotokoll vedtakspunkt 4). Dette kan være løsning for å yte desentraliserte polikliniske tjenester for befolkningen i sørdelen av sykehusområdet, inklusive særlige behov i Psykisk helsevern og TSB.

Samhandling

I veileder for utviklingsplaner er *samhandling* koblet mot *oppgavedeling* som avhengige begreper. Samhandling er virkemiddel for å sette sammen oppgavene til en trygg, kvalitativ og ressursøkonomisk helhet

Samhandling omfatter koordinering og samvirke i aktiviteter som gjelder tilbudet til enkeltpasienter, gjennom pasientforløpene. Dette omfatter koordinering av de kliniske tiltakene, service og støttetjenester på tvers av enheter og nivåer, og omfatter også pasientmedvirkning. I oppdraget er det spesielt pekt på å bedre samhandling mellom psykisk helsevern/TSB og somatikk for å sikre et helhetlig tilbud til pasienter

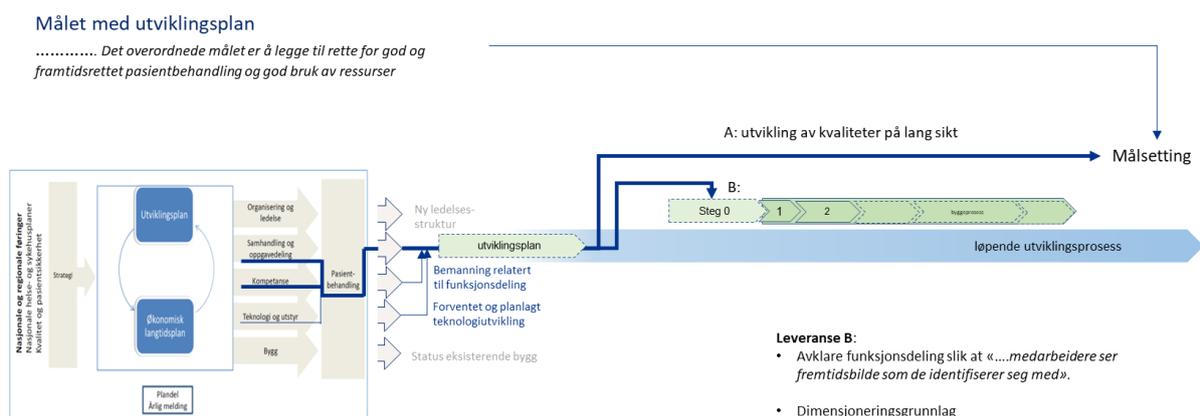
Samhandling omfatter også de avtalerelaterte forholdene mellom kommune, spesialisthelsetjenestene, utdanningsinstitusjoner og evt. private aktører. Avtalen kan omfatte grensesnittene (vekslingene), drift av løsninger med delt ressursinnsats (1 1/2-linjetjenester), felles samhandlingsarenaer (samlokaliserte tjenester), avtaler om konsultasjonsløsning mellom spesialisthelsetjenesten og andre aktører, felles opplæring/kurs ol. Videre kan det etableres administrative samhandlingsstrukturer.

Tidsrammer for utviklingsplanarbeidet

Arbeidet med utviklingsplanen tilsvarer ikke *rullering av utviklingsplaner*, jf. krav i Helse og sykehusplan. Utvikling av en komplett utviklingsplan vil iht. veilederen kreve mer tid enn den styrevedtatt tidsramme. Oppdateringsarbeidet har derfor to tidsperspektiv, tiden fram til oppstart steg 1-konseptfasen, og tiden som ikke er bundet opp av konseptfasens tidsramme. Arbeidet i steg 0 begrenses til det som er nødvendig for å utrede før konseptfase steg 1.

Første steg av revisjonen omfatter gjennomgang av de kliniske tilbudene, de kliniske og ikke-kliniske støttefunksjonene. I moderne helsetjenester er teknologi vesentlig endringsdriver og blir derfor en viktig del av arbeidet.

Figur 1 – illustrasjon av utviklingsplanarbeidet. I venstre del av illustrasjonen er veilederens framstilling av utviklingsplan. Til høyre tidsperspektivene for planen relatert til byggeprosessen



Organisering /ledelse og bygg

Utviklingsplaner skal inneholde plan for organisering og ledelse. Dette organiseres av helgelands sykehuset i egen prosess. Prosessen er planlagt i forkant av utviklingsplanarbeidet slik at ledelsesstruktur og arbeidet med utviklingsplanen innhold henger sammen. Sykehuset skal iht.

oppdraget ledes som ett sykehus. I arbeidet med utviklingsplanen er det helsetjenesten i de tematiske gruppene som er førende, og ikke den geografisk lokasjon gruppedeltakerne arbeider i.

Utviklingsplaner skal ha gjennomgang av bygg. Bygg er sentralt i prosjektet og organiseres iht. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. I steg 0 inngår gjennomgang av eksisterende bygningsmasse. Brønnøysund DPS er nært ferdigstilt.

Prehospital

Målsetting om helhet og sammenheng gir føringer for at de klinikknære vurderingene skal inkludere aktiviteten i de prehospitala tjenestene (hele og sammenhengende pasientforløp, jf. prosjektmålene).

I foretaksprotokollen er det i vedtakspunkt 7 bedt om at plan for prehospitala tjenester gjennomgås *så snart som mulig*. En strukturvurdering i prehospital tjeneste har antatt størst verdi etter at funksjonsfordeling er konkludert. Tidspunkt for iverksettelse kan derfor skyves litt fram i tid. Dette gir også mulighet for å koordinere med at Helse Nord's planarbeid for gjennomgang av luftambulanse-tjenester i regionen.

Utdanning, undervisning, opplæring,

Utdanning av helsepersonell er både et samfunnsoppdrag og nødvendig for rekruttering til spesialisthelsetjeneste og kommunene. Helgelandssykehuset skal bidra med praksisplass og undervisning for grunnutdanningene i helsefagene. Spesialisthelsetjenesten har særlig behov for å sikre rekrutteringen av spesialutdannet personell i tillegg til grunnutdannet personell.

I oppdraget er det spesifikt pekt på styrking av sykepleierutdanningen i samarbeid med Nord universitet. I henhold til målsettingen om styring av rekruttering oppfattes ikke mandatet begrenset til Nord universitet. Studenter fra andre universitet skal kunne tilbys praksisplass innenfor Helgelandssykehusets kapasitet. (Etter vedtaket i foretaksrådet har VID-universitetet etablert desentralt tilbud på Helgeland).

I oppdraget er det spesifikt pekt på styrking av legeutdanningen (grunnutdanning). Det skal iverksettes tiltak for å etablere 5. året for legeutdanningen fra universitetet i Tromsø. Helgelandssykehuset må kunne tilby kvalifiserte undervisere.

Spesialisering av leger (LIS) er avhengig av spesialistbemanningen iht. forskriftsfestet krav. Det er krav om at antall i spesialisering er relatert til antall spesialister i 100% stilling i aktuell spesialitet. Hvor stor andel av et LIS-utdanningen som kan utføres i HSYK er avhengig av bla oppgavene til sykehuset (prosedyrer mm). Helgelandssykehusets målsetting om å styrke rekruttering tilsier at foretaket må tilstrebe å finne løsninger som i størst mulig grad gjør spesialisering attraktiv på Helgeland. Samarbeid på tvers av lokasjonene kan være ett virkemiddel som skal vurderes i utviklingsplanarbeidet.

Teknologi

Moderne helsetjeneste utvikler seg raskt og teknologi preger utviklingen. Diagnostiske metoder utvikles med stor hastighet. Den gir mulighet for at flere sykdommer som ikke tidligere kunne behandles kan behandles, og at flere aldersgrupper kan motta behandling. Den digitale kommunikasjonsteknologien gjør at innarbeidede metoder delvis kan flyttes ut av spesialisthelsetjenesten og også bidra til at spesialisthelsetjeneste kan utføres desentralt, mobilt og i

hjemmet. Nasjonal helse og sykehusplan trekker opp ambisiøse mål for teknologi, og Helse Nord RHF sin regionale utviklingsplan (2035) er det en uttalt ambisjon om å være ledende i å ta i bruk teknologi for å kompensere for avstander og drive medisinsk avstandsoppfølging i samarbeid med kommunale helsetjenester og pasienter.

Det forutsettes at Nye Helgelandssykehuset vurderer mulighetene som ligger i eksisterende og forventet teknologiutvikling i prosjektet. Dette omfatter også utvikling av teknologiske kompetansen.

Logistikk

Sykehus er en kompleks organisasjon med omfattende logistikkvirksomhet. Logistikk vil påvirke alle funksjoner med varer/materialer, person- og informasjonsflyt og spesielt medisinsk og ikke-medisinske støttefunksjoner. Planlegging av logistikk er sentralt i arbeidet med bygg i helgelandssykehuset

I steg 0 er det vesentlig å legge plan for utvikling av de arealkrevende logistikkfunksjonene i helseforetaket og evt. i samarbeid med andre foretak. Dette vil også være viktig for å skape forutsigbarhet for personell som har arbeidssted i logistikkfunksjoner.

Sentrale funksjoner som må vurderes er funksjoner som må være i hver lokasjon og funksjoner som kan være felles for flere lokasjoner. Eksempel på slike logistikkområder er matproduksjon, lagerfunksjoner for forbruksartikler, beredskapslager, legemiddelproduksjon og -forsyning.

Iverksettelse av plan

Iverksetting av utvikling oppfattes ikke å være betinget av ombygging /nybygg. Dette innebærer at tiltak skal kunne gjennomføres også før byggeprosessen er ferdigstilt. Det er helseforetakets linjeledelse som beslutter og styrer når iverksettelse av formelt vedtatte elementer i utviklingsplan skal iverksettes.

4.3 Økonomisk bæreevne

De økonomiske analysene av helseforetakets bæreevne vil ta utgangspunkt i samme metodikk og fremgangsmåte som benyttes i tidligfaseplanlegging av sykehusbygg (jf. *Veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter*). Denne metodikken for økonomiske analyser er gjennomgående for alle faser i tidligfasen og utviklingstiltak i utviklingsplan, men presisjonsnivået øker og risikoen synker, gradvis fram mot beslutning om gjennomføring (B4).

4.3.1 Forutsetninger for finansiering

Analysene vil legge til grunn følgende foreløpige rammebetingelser knyttet til finansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Helse Nord RHF:

- Andel lån fra HOD: 70 % av investeringen
- Andel lån fra Helse Nord RHF: 10 % av investeringen
- Egenfinansiering fra Helgelandssykehuset HF: 20 % av investeringen

Byggelånsrenter estimeres for byggeperioden og legges til opprinnelig lånebeløp

Lån fra Helse Nord RHF forutsettes å ha samme betingelser som lån fra HOD. Forutsetninger for andel lån og lånebetingelser fra Helse Nord RHF vil forankres med Helse Nord RHF ila arbeidet.

Det vil for lånefinansieringen legges til grunn lånerente på 3 % som følge av foreløpige føringer gitt i Budsjettbrev for perioden 2021–2024 fra Helse Nord RHF.

Helgelandssykehuset HF må stille med egenfinansiering for å finansiere 20 % av investeringen. Dette vil komme fra foretakets oppsparte kontantbeholdning, nye likviditetsoverskudd realisert i perioden frem til overtakelse og potensiell salgsinntekt fra eventuell avhending av eiendom. Prosjektet vil oppdatere tidligere analyser av tilgjengelig egenfinansiering for å verifisere og sannsynliggjøre at egenfinansieringskravet kan oppfylles.

Det presiseres at endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Nord RHF i forbindelse med den faktiske investeringsbeslutning. Forutsetningene beskrevet her må forstås som foreløpige forutsetninger i de økonomiske analysene.

4.3.2 Forutsetninger for kapitalkompensasjon

Helse Nord RHF har historisk holdt tilbake noen midler fra helseforetakenes finansiering. Midlene tildeles investerende helseforetak først når det gjennomføres et større investeringsprosjekt. Denne ordningen for kapitalkompensasjon reduserer noe av den likviditetsmessige utfordringen helseforetakene har de første årene etter store investeringer med høy gjeld. Helse Nord RHF gir en årlig kapitalkompensasjon på 20 MNOK per milliard investert. Forutsetninger og betingelser for kapitalkompensasjon vil avklares og forankres med Helse Nord RHF ilt arbeidet.

4.3.3 Overordnede forutsetninger for bæreevneanalyser

Analysene av helseforetakets bæreevne vil bygge videre på Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2021–2024 for Helgelandssykehuset HF og føringer gitt fra Helse Nord RHF i Budsjettsskriv 1 samt regionens ØLP 2021–2024.

Effekt av og bæreevne for DMS Brønnøysund, samt eventuelt øvrig investeringsbehov, skal inkluderes i bæreevneanalysene. Det vil tas utgangspunkt i tidligere utredninger og ØLP for disse estimatene.

Reinvesteringsbehov i løpet av analyseperioden vil estimeres overordnet og/eller med utgangspunkt i eksisterende underlag der det måtte foreligge (eksempelvis gjennomgang av historiske data).

Analyseperioden skal minst være lik tiltakets forventede økonomiske levetid. Noe forenklet, vil økonomisk levetid for et byggeprosjekt estimeres som vektet avskrivningstid. Prosjektet er i en for tidlig fase til å muliggjøre en detaljert estimering av vektet avskrivningstid, og det vil derfor tas utgangspunkt i erfaringstall fra andre, sammenlignbare investeringsprosjekter.

Analysene vil kun vurdere Helgelandssykehuset HF sin bæreevne. Regionens samlede handlingsrom og bæreevne vurderes å være utenfor prosjektets mandat og vil ikke vurderes.

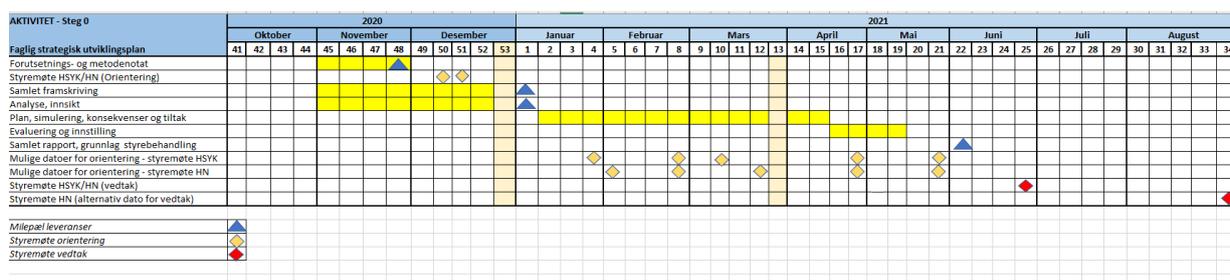
5 Proses og metode

5.1 Overordnet fremdrift

Tidsplan for arbeidet med utviklingsplanen i steg 0, følger av Styringsdokumentet for steg 0, kapittel 11.



Figur 2 – Sentrale vedtakspunkter i perioden 2020-2023



Figur 3 – Tidslinje for arbeidet med Forutsetnings- og metodenotat, Faglig strategisk utviklingsplan og økonomisk bæreevne

Aktivitet	Forventet tidspunkt for beslutning
Helhetlig risikoanalyse. Tiltaksplan	Styremøter desember 2020
Verifisering av målbildet	Styremøter juni 2021
Oppdatere faglig, strategisk utviklingsplan. Dimensjonering	Styremøter juni 2021
Oppdatere analyse for økonomisk bærekraft.	Styremøter mai 2021
Plan for gevinstrealisering	Styremøter juni 2021
Kriterier for valg av (løsnings)alternativer i konseptfasens steg 1	Styremøter juni 2021
Oppdatert styringsdokument for konseptfasens steg 1	Styremøter juni 2021
Tomteutredning og siling	Styremøte Helgelandssykehuset HF august 2021, Helse Nord RHF august 2021 (september 2021)

Tabell 1 – Tidsplan for saker til styret i 2020 og 2021

5.2 Metode framskrivning

Beskrivelse av metode for framskrivning finnes på Sykehusbygg HFs hjemmesider:

<http://sykehusbygg.no/kunnskapsdeling/veiledere>

5.3 Metode faglig strategisk utviklingsplan

I oppdateringen av utviklingsplanen skal en

- a) konkludere hvor de deler av tjenestetilbudet, som ikke omfattes av foretaksprotokollens vedtak, skal lokaliseres. Dette skal gi ansatte forutsigbarhet om framtidig plan for tjenestesteder.
- b) Videre skal arbeidet vise utviklingsretning som spesielt får innvirkning på de fagspesifikke tjenestetilbudenes innhold. Dette skal gi et bilde av kvaliteter i pasientbehandlingsprosessen (forløpsperspektivet) og hvordan tjenesten bygges opp
- c) videre skal en vise utviklingsretning i samhandling mellom nivåer og spesialiteter slik at pasientene får sammenhengende og helhetlige tilbud, og at ressursene utnyttes godt

For alle disse forhold skal det tydeliggjøres hvilke konsekvenser framtidsplanen har for dimensjonering.

Utviklingsplanen skal utarbeides av personell med førstehånds kunnskap og erfaring med tjenestetilbudene i Helgelandssykehuset. Utfordringsbildet er inndelt i ulike grupper med medisinske spesialiteter, utdanning, og sentrale støttefunksjoner.

5.3.1 Grunnleggende prinsipper for arbeidet

Metoden for arbeidet med utviklingsplanen skal bygge på følgende prinsipper:

- Utviklingsperspektivet er tjenester fra «hjem til hjem». Dette innebærer at fokuset skal omfatte hele forløpet fra første helsetjenestekontakt, til pasienten er tilbake i hjemmet (evt. institusjon i kommunen). Ventetid er en del av det som skal vurderes. Arbeidsgruppene skal ha kunnskap om ulike deler av innsatsområdene.
- Helgelandssykehuset skal planlegges som ett sykehus. Dette innebærer at arbeidet i gruppene skal vurdere tematiske områder som en aktivitet, som skal utøves i ulike lokasjoner. Deltakelse i arbeidsgruppene skal ikke representere stedlige interesser eller fagpolitiske særinteresser.
- Faginnndelingen skal ikke begrense fokuset på samhandling med andre spesialiteter. Vesentlige fellesutfordringer skal diskuteres på tvers av gruppeinndelingen.

5.3.2 Grupper

Arbeidsgruppene er etablert etter følgende tematiske inndeling.

- Kliniske fag
 - Indremedisinske fag*
 - Kirurgi og ortopedi (+ anestesi og ØNH)
 - Psykisk helsevern og TSB
 - Gyn/føde
 - Klinisk service (Lab, Rtg, apotek ol)
- Utdanning / forskning/opplæring
- Vare- og tjenestelogistikk
- Samhandling

- Adm, ledelsesstøtte. Denne gruppen sees i sammenheng med lederstrukturprosjektet

Teknologi skal inngå i alle grupper. Samhandling blir egen gruppe, men det vil organiseres treffpunkt mellom gruppeledere i andre grupper og samhandlingsgruppen

* dette er fag som er grenspesialitet i indremedisin, og selvstendige spesialiteter som ikke er kirurgiske

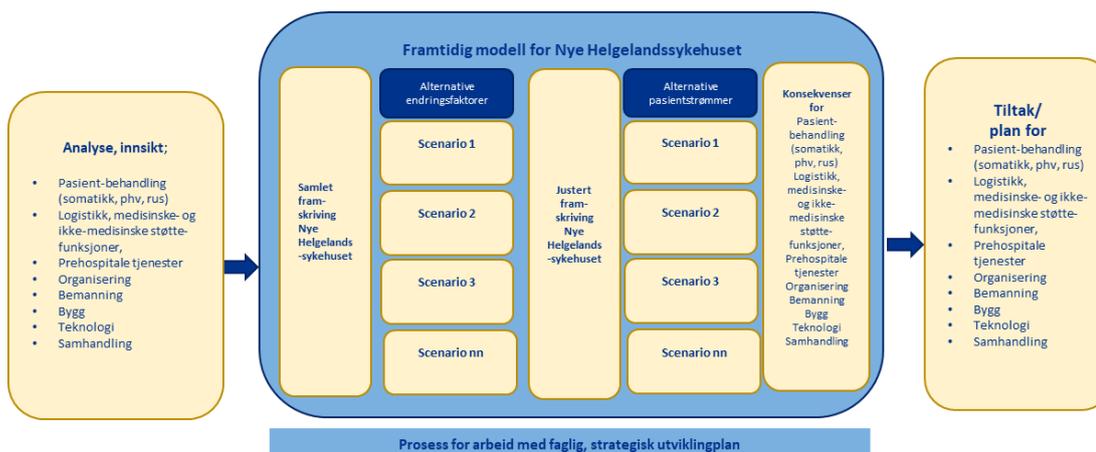
Grupper etableres iht. Styringsdokumentets kapittel 9 og mandat styresak 20201028 Styresak 97 Rolle- og ansvarsbeskrivelse for de ulike prosjektgruppene.

- Gruppene som utreder utviklingsplanen ledes av gruppeleder utpekt av helgelandssykehuset. Sykehusbygg fasiliteter arbeidet i gruppene
- Gruppene settes sammen tverrfaglig, tverrprofesjonell og fra flere nivå for å sikre bred kunnskap om de aktuelle oppgavene. Gruppene er ansvarlig for å innhente supplerende kompetanse når dette ikke er tilstrekkelig dekket av faste gruppe-medlemmer. Deltakelse fra tillitsvalgte og bruker følger prinsippene i Helgelandssykehuset

Gruppeledere inngår i Prosjektgruppe 2 som har ansvar for koordinering mellom gruppene. Prosjektgruppe 2 rapporterer til prosjektledelsen.

5.3.3 Prosess for oppdatering av utviklingsplan

Prosessens skal følge grunnleggende prinsipper i utredningsarbeider. Prosessens inndeling samsvarer med prinsippene i veileder for utarbeidelse av utviklingsplaner, men er tilpasset behovene i fase 0.



Figur 4: samlet modell for analyse og plan for Nye Helgelandssykehuset

- Etablere en felles forståelse av overordnet målbildet (målhierarkiet slik det er beskrevet i Styringsdokumentet), og resultatmålet for det konkrete oppdraget om utviklingsplanarbeidet i Steg 0.
- Etablere et felles bilde av dagens situasjon. I dette arbeidet skal gruppene identifisere gapet mellom målbildet og de faktiske forhold. For å understøtte arbeidet med felles oppfatning om dagens situasjon er det gjort et forarbeid som belyser status (forbruksstatistikk, demografiske data mm). Også kvalitative sider av situasjonen skal belyses der dette kan verifiseres (kvalitetsregistre mm)
- Som grunnlag for å legge plan for flere tiår framover skal utviklingstrekk på områder som påvirker Helgelandssykehuset identifiseres. Dette omfatter forventet utvikling i sykkelighet i

befolkningen, forventet utvikling av i de medisinske fag, støttefag, teknologi mm. I tillegg kan en vurdere effekten av målene som er satt i prosjektet. I modellen som er beskrevet i fig 3 kan utviklingstrekk legges til grunn for å simulere hvilke konsekvenser dette ville gitt for dagens aktivitet

- Videre vil fokus flyttes til å beskrive alternativer for utvikling av tjenestetilbudet på Helgeland. Dette omfatter kjernevirksomheten i spesialisthelsetjenesten innad i spesialisthelsetjenesten og fordeling av oppgaver mellom nivåer. I vurdering av kjernevirksomheten inngår konsekvenser forslagene har for bemanning, ressursbruk, teknologi, bygg og utstyr. Forslagene skal ligge innenfor rammen av prosjektet.
- Forslagene skal legges til grunn for simulering av alternative framtidsløsninger, og konsekvensen dette har for Helgelandspsykiatri og samarbeidspartner. Modell for framskrivning framgår av figur 4.
- Fasen avsluttes med forslag til tiltak for å etablere Nye Helgelandssykehuset

5.3.1 Særlige hensyn i prosessen

I prosjektets ROS-analyse er det vurdert flere risikoer. Følgende er vesentlig å forholde seg til

Det er viktig å erkjenne at utviklingsarbeid i knyttet til strukturvedtak ofte er preget av motstridende interesser. Som følge av arbeidet med å etablere ny struktur i Helgelandssykehuset er det bygd opp spenning mellom geografiske områder og fagmiljøer. I oppdraget fra ministerens gjenstår det å vurdere strukturelle tiltak ut over ministerens vedtatte fordeling. Det kan forventes at motstridende interesser og konflikter kan oppstå. Ulike saklige synspunkt og alternativer skal kunne legges fram og drøftes. Det er samtidig viktig at en iverksetter nødvendige tiltak hvis konflikt i utredningsgruppene reduserer muligheter for å nå målsetting.

Tiden som står til rådighet for å bygge felles plan er knapp. Det er nødvendig å prioritere de mål som er satt for forutsigbarhet for ansatte og grunnlag for arealberegning.

Utviklingsplanlegging vil involvere nøkkelpersonell som er opptatt med andre oppgaver (se også neste om Covid-19). Dette omfatter klinisk personell, støttetjenester og ledere. Det er viktig at møtene er varslet i god tid, og at prosessene i møtene blir effektive.

Covid-19 gjør det vanskelig å gjennomføre møtevirksomhet. Det er grunn til å tro at denne de særlige smittebegrensende hensyn må tas hele neste halvår. Det vil være reisebegrensninger og begrensinger i møtegjennomføring og befaringer. For eksterne rådgivere som deltar i prosessen, og som ikke er kjent vil det være vanskelig å få sett dagens oppbygging av sykehusene. I tillegg kan Covid-19 medføre tidsforsinkelser fordi forhøyet beredskap vil kreve mer ressurser i drift av sykehusene.

5.3.2 Arbeidsform

Arbeidsgruppene skal møtes ca. hver 4. uke fra uke 2 i 2021. Ca. 4 uker mellomrom er valgt for å sikre mulighet for for- og etterarbeid. Det blir utarbeidet plan for struktur og plan for hvert møte. Møtene blir referert og referat godkjennes i påfølgende møter. Møtereferatene er åpne med mindre annet blir bestemt. Alle arbeidsdokumenter deles digitalt og lagres på felles og internt nettsted.

5.3.1 Sluttrapport

Utviklingsplanen utformes som rapport og vil være vedlegg til styresak i begge styrene.

5.4 Metode økonomisk bæreevne

5.4.1 Overordnet metode og fremgangsmåte for bæreevneanalyser

Økonomiske analyser av investeringsprosjekter skal forbedre kvaliteten av beslutningsgrunnlaget og bidra til økt bevisstgjøring av driftsøkonomiske konsekvenser av prosjektene. Økonomiske vurderinger inngår i den samlede vurderingen av et alternativ, som ett av flere vurderingselementer sammen med bl.a. helsefaglige, bygningstekniske og kvalitative (eksempelvis regionale og nasjonale strategier, føringer og styringsmål) vurderinger av prosjektet. Beslutningstakerne kan velge å gjennomføre et prosjekt selv om prosjektet isolert sett ikke har økonomisk bæreevne. I slike tilfeller vil det være helseforetakets samlede økonomi som må bære investeringens konsekvenser, og vil kunne være en begrensende faktor.

Gjennomføringen av et større investeringsprosjekt vil ha vesentlig påvirkning på helseforetakets økonomiske situasjon. Formålet med de økonomiske analysene vil være å:

- Sannsynliggjøre at det er mulig å finansiere prosjektet i det planlagte tidsrommet
- Dokumentere overfor beslutningstakere at helseforetaket kan bære de økonomiske konsekvensene i etterkant av tiltaket
- Rangere prosjektalternativer for å sikre riktig prioritering av investeringsprosjekter

Et helseforetak har økonomisk bæreevne når helseforetaket har evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser over investeringsprosjektets levetid. Det betyr i praksis en vurdering av at:

- Likviditetsstrøm fra driften overstiger avdrag og renter av prosjektets finansiering
- Likviditetsmessig har evne til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå, samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold
- Realiserer et positivt akkumulert årsresultat over prosjektets levetid, slik at framtidig egenfinansieringsevne til investeringsprosjekter opprettholdes
- Eventuelt behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt er innenfor helseforetakets bæreevne

Ny virksomhetsmodell gir konsekvenser for foretakets økonomiske bæreevne. Det vil i de økonomiske analysene legges opp til å simulere flere ulike alternativer for oppgavefordeling, organisering og dimensjonering. Dette for å sikre at man kommer fram til en modell som er innenfor økonomisk styringsmål og foretakets økonomiske bæreevne. Slike simuleringer gjøres på det som betegnes som 'prosjektnivå' for å gi innsikt i hvordan ulike varianter av virksomhetsmodellen isolert sett vil påvirke foretakets bæreevne. En vesentlig del av dette vil være en estimering og vurdering av hvordan driftsøkonomien påvirkes av ulike alternativer for oppgave- og funksjonsfordeling, organisering og dimensjonering.

Det vil deretter gjennomføres analyser av økonomisk bæreevne for helseforetaket samlet for å vurdere investeringsprosjektets konsekvenser på helseforetakets totaløkonomi, med tilhørende finansieringsplan. Beregningene vil søke å ta hensyn til at det kan eksistere framtidige og/eller andre investeringsbehov som kommer i tillegg til selve sykehusstrukturen, eksempelvis prehospitale tjenester og/eller medisinsk utstyr.

Metoden fokuserer på likvidtetsstrømmer, og beregner låneopptak inkludert byggelånsrenter, som følger av fremtidig sykehusstruktur. Lånebeløpet danner grunnlag for en beregnet årlig belastning fra avdrag og rente etter ferdigstilling av prosjektet. Dette sammenlignes med sum av årlige økonomiske nettogevinster fra prosjektet, per år og akkumulert. Det skal også beregnes rente på differansen mellom belastningen fra lånet og netto driftsgevinster.

Prosjektet vil legge til grunn definisjoner og evalueringskriterier for økonomisk bæreevne slik definert i tidligfaseveilederen. Denne metodikken benyttes i alle faser av tidligfaseutredningen, og gjennomføres for de forskjellige alternativene som utredes.

5.4.2 Driftsøkonomiske analyser

Beregning av driftsøkonomiske effekter av et prosjekt utgjør en krevende del av analysene. Arbeidsgruppene og økonomimiljøet i helseforetaket vil måtte spille en sentral rolle i vurdering og estimering av økonomiske driftseffekter. Det vil utarbeides overordnet beregning av mulige nettogevinster og eventuelt ytterligere effektiviseringskrav på overordnet nivå. Formålet vil være å vurdere om det er realistisk at investeringen kan gjennomføres og om helseforetaket vil ha handlingsrom til å betjene låneopptaket og samtidig sikre god og forsvarlig drift.

De driftsøkonomiske analysene vil være en konsekvensvurdering av arbeidet med utviklingsplanen og de vesentligste føringene som er gitt i tidligere vedtak om fremtidig sykehusstruktur. Eksempler på dette kan være simulering av driftsøkonomisk effekt som følge av konkrete føringer gitt i tidligere vedtak og for ulike alternativer for oppgave- og funksjonsfordeling, organisering eller dimensjonering som måtte utredes i arbeidet med utviklingsplanen.

I denne fasen er perspektivet overordnet. Det sentrale vil være en beskrivelse og vurdering av om det er realistisk at den berørte virksomheten klarer å møte de økonomiske konsekvensene av investeringsprosjektet. Som del av dette er det naturlig å se hen til en overordnet vurdering av relevante nøkkeltall mot andre helseforetak og sykehusbyggprosjekter, eksempelvis kostnadsnivå og driftsmarginer. Dette vil inngå i vurderingen av realisme og driftsmessige konsekvenser av prosjektet. Det forventes konsistens mellom estimerte gevinster og aktiviteten/dimensjoneringen det planlegges for.

Det vil utarbeides overordnet gevinstoversikt per hovedområde basert på identifisert potensial for driftsøkonomiske effekter. Fokus vil være på områder der det forventes vesentlige effekter. Det vil også være aktuelt å få fram eventuelle vesentlige ulikheter i forventet framtidig driftsøkonomi mellom alternativer.

Tabellen nedenfor oppsummerer mulige hoved- og underområder som forventes påvirket av endret fremtidig sykehusstruktur. Det understrekes at tabellen ikke er uttømmende og vil kunne kompletteres løpende utover arbeidet. Denne metoden bygger videre på tidligere arbeidet med økonomiske analyser. Tidligere analyser for enkelte områder vil oppdateres i tråd med ny informasjon. Videre vil nye analyser gjennomføres for områder der det eventuelt tilkommer ny informasjon og/eller det foreligger tilstrekkelig grunnlagsdata.

Hovedområde	Eksempel på underområder (ikke uttømmende)
Klinisk personell somatikk	<ul style="list-style-type: none"> Vaktordninger for lege og sykepleiere Bemanning på akuttmottak, operasjon, intensiv, sengeposter, poliklinikk, pasienthotell
Klinisk personell psykisk helsevern og rus	<ul style="list-style-type: none"> Vaktordninger psykolog-/spesialistbemanning Bemanning på mottak, sengeposter, poliklinikk
Medisinske støttetjenester	<ul style="list-style-type: none"> Bemanning billediagnostikk, lab, prøvetaking Drift- og vedlikeholdskostnader MTU
Øvrige service- og støttefunksjoner	<ul style="list-style-type: none"> Portører, kjøkkentjeneste, matforsyning, kantinedrift Innkjøp, varetransport og -forsyning Servicetorg, merkantilt personell til skrankefunksjoner
Prehospitale tjenester og pasientreiser	<ul style="list-style-type: none"> Prehospitale tjenester (bil, helikopter, båt) Pasientreiser (rekvirerte reiser, refusjoner, etc.)
FDV	<ul style="list-style-type: none"> Renhold, vaktmestertjeneste, vakt og sikring Drift og vedlikehold av bygg og tekniske installasjoner
Øvrige driftsøkonomiske effekter	<ul style="list-style-type: none"> Kapitalkompensasjon Ikke-byggnær IKT / Overordnet IKT OU-prosess, mottaksprosjekt, ulempekostnader i byggeperiode, flyttekostnader Gjestepasientkostnader Andre vesentlige driftskostnader som påvirkes direkte av tiltaket

Figur 5 – Tabellen nedenfor oppsummerer mulige hoved- og underområder som forventes påvirket av endret fremtidig sykehusstruktur.

5.5 Kriterier for evaluering og innstilling

Resultatmål for fase 0 er å avklare funksjonsfordeling med betydning for å skape *forutsigbarhet for ansatte* og beskrive *grunnlag for dimensjonering* av bygg. Dette innebærer at Helgelandssykehusets arbeid med utvikling, som ikke direkte påvirker fase 1, skal fortsette etter steg 0.

Effekt mål for utvikling er definert i styringsdokumentet kapittel 5. Det er viktig å presisere at det ikke kan måles direkte på effektmålene i tidlig fase. Måloppnåelse på strukturelle forhold (hvilke tjenester, og hvor) kan måles direkte mot foretaksmøtets vedtak pkt 2 og 6