

Høringssvar



Illustrasjon: Nyland-Holandsvika

Til ressursgruppas foreløpige rapport "Helgelandssykehuset 2025" Tema Økonomi Fakta sjekk 5.

Fra:

Svein Eirik Forsmo

Jan-Kjetil Grøftrem

For Facebook Grappa

Ja til ETTsykehusmodellen midt på Helgeland

«NYTT SYKEHUS - NYTT HELGELAND»

Februar 2019

Den eksterne Ressursgruppa til Helgelands Sykehuset (HSYK)

Tema Økonomi!

Ressursgruppa ble opprettet av tidligere styreleder/direktør og deler av nåværende/daværende administrasjon i Helgelands Sykehuset (HSYK), i Mosjøen 3. desember 2018 la de frem sin «foreløpig rapport», en anbefaling/konklusjon om hvordan fremtidig sykehusstruktur på Helgeland skal være, denne rapport kommer som resultat av fem fellesmøter og interne møter med utvalgte personer fra Helgelandssykehuset (HSYK).

I den «foreløpige rapporten» forventet vi en tung del omhandlende økonomi fra ressursgruppa (RG), dette sammen med en belysning om hvordan de kan frigjøre midler til ETT like godt eller bedre sykehus som tre fullverdige sykehus, noe vi hadde før 2006 på Helgeland, vi savner løsninger til det beste for beboerne på hele Helgeland. Vi kan ikke finne noen økonomiske betraktninger som belyser null alternativet, to sykehus alternativ eller ETT sykehus alternativet hver for seg eller opp mot hverandre.

Dette er i seg selv oppsiktsvekkende, når det er snakk om investeringer til 3,5 -4 Milliarder.

Vi konstaterer at de fleste faglige vurderingene som er gjort konkluderer med ETT sykehus. Dette gjelder Vista's rapport for Rana Kommune, Oslo Economics for Alstahaug Kommune og flere faglige grupperinger, blant annet legeföreningen lokalt på sykehusene og i Nordland. **Oslo Economics har i en analyse utført for Alstahaug Kommune anslått at årlige driftsbesparelser med å velge ETT sykehusmodellen er på ca. 100 Millioner (Mill.).**

Om man bruker nåverdiberegninger vil dette gi en besparelse på mer enn 1,4 Milliarder på 40 år, ifølge rapporten. Dette er uten å se på fremtidig vedlikeholdskostnader på to eller tre gamle sykehus bygg istedenfor ett nytt moderne, noe som vil gjør regnestykket enda bedre. **Basert på dette så konkluderer vi med at ETT sykehusmodellen klart er å foretrekke. Anbefaler at man leser pkt. 9.5 i rapporten om man søker mer informasjon.**

Sykehus bør etter vår mening plasseres ved en lokasjon hvor flest mulig pasienter får mest mulig like mulighet til god helse tjeneste for pengene. Kvalitet og tilgjengelighet må rendyrkes. Man kan mislike det så mye man vil, men alle valg har en økonomisk side. Man må derfor ha ett bevist forhold til økonomi. En gunstig plassering av ETT nytt sykehus vil medføre at man får frigjort ressurser som kan benyttes til å utvide tilbudet ved sykehuset, eller styrke de prehospitale tjenestene

Tilgjengeligheten til sykehuset må være slik at man ikke må legge inn en ekstra overnatting for å rekke hjem samme dag, slik som det vil være for pasienter fra Sør-Helgeland, ved en plassering på Mo. Se sak i NRK Nordland av den 4.02.2019.

Tidligere er det foretatt analyser av hvor den optimale plasseringen av ETT felles sykehus på Helgeland er. I dokumentet fra Helgelandssykehuset «**Pasienttransport på Helgeland, - akutte transporter og planlagte reiser av 1.06.2018**» er 3 tidligere rapporter omtalt som gjelder spørsmål om lokalisering av sykehus på Helgeland. Fra denne rapporten hentes følgende:

«2.3.1 Helgelandssykehuset. Prosjekt for samordning av sykehusene på Helgeland. 1996.

Nordland fylkeskommune gjennomførte på midten av 90-tallet et prosjekt for samordning av sykehusene på Helgeland. Hovedkonklusjonen er foreldet, men prosjektet inneholder en del betraktninger som fortsatt er aktuelle. Spesielt vil vi trekke fram at rapporten konkluderte med at det ikke vil være aktuelt å ha Rana som lokalsykehus for Sør-Helgeland. Både den betydelige pasientlekkasjen fra kommunene Sømna og Brønnøy, og dagens transporttids beregninger tydeliggjør at en slik konklusjon fortsatt er aktuell.

2.3.2 Optimal lokalisering av hoved sykehuset på Helgeland. Masteroppgave, UiN. 1997

Oppgaven analyserer forskjeller i kostnader knyttet til alle typer pasienttransport, basert på transportøkonomiske metoder. Forfatterne påviser store forskjeller for de tre alternativene Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana og konkluderer med at Mosjøen på pasienttransport kan være 30-40 % billigere. Alternativer på aksene Sandnessjøen-Mosjøen var da ikke ett tenkt alternativ, men flere av plasseringene på aksene ville kommet minst like godt ut som Mosjøen.

2.3.3 Rapport om organisering av framtidig kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord. Helse Nord, 2003

Rapporten fokuserer spesielt på samordning av de kirurgiske tjenestene i landsdelen. Den konkluderer for Helgeland med at Mosjøen er best egnet dersom kirurgien på Helgeland skal samles på ett sted: «Dersom man ønsker én institusjon med akuttberedskap er Vefsn den mest sentrale dersom man kun legger demografiske forhold og transportavstander til grunn, Sandnessjøen nest best og Rana den minst gunstige plasseringen.»

Den eneste rapporten som konkluderer motsatt enn disse 3 tidligere rapporter er den siste fra RG!

Siden dette er en foreløpig rapport, velger vi å ha stor tro på at konklusjonen mht. lokalisering vil bli justert til aksene Mosjøen- Sandnessjøen sør for Korgfjellet i den endelige rapporten.

Masteroppgaven fra UiN viste at syketransportkostnaden ved å velge Mo foran Mosjøen ga en merkostnad på opptil 91 millioner (Mill.) i 1997 NOK, eller 30 – 40 % mer. Budsjetten til prehospitala tjenester ved HSYK (98-2018) er på 296,8 Mill. for 2019. I dette ligger også ikke stedsavhengige kostnader som AMK sentral. Legger vi anslaget på besparelse på 30 % for å hensynta dette, snakker vi likevel om besparelser på pasienttransport og ambulanse på ca. 90 Mill. Vi antar at besparelsen vil være lik om man velger Holandsvika, Drevja eller Tovåsen.

En lokalisering på Mo medføre ifølge RG at det blir 3 Distrikt Medisinske Senter (DMS). En smart lokalisering mellom Mosjøen og Sandnessjøen gjør at ett DMS kan fjernes, akutt sykehuset betjener da både Sandnessjøen og Mosjøen. Hva kostnadsbesparelsen med dette vil være er uvisst så lenge man ikke kjenner til hvilket innhold et DMS skal ha. DMS i Alta som er under oppbygging har et foreløpig anslått drifts budsjett på 30 Mill. i 2021, og dette er en liten pekepinn på hva dette vil medføre av ekstrakostnader. Pkt. 3.1.3 i sak 84/2018, Finnmarksykehuset.

Behovet for antall ambulanser vil variere etter hvor ETT sykehus plasseres. Man kan lese følgende tabell fra prehospitala tjenester i Helgelandssykehuset:

4.6.2 Forskjeller i behov for beredskap

I tabell 19 er behov for ambulanser i de forskjellige alternativene forsøkt anslått. Anslagene er basert på skjønn og relatert til beregnede avstander og antallet pasienter som transporteres på de forskjellige strekningene. Behovet for båt vil ikke endres ved ny sykehusstruktur.

Alt. lokalisering	Amb SSJ	Amb MiR	Amb MSJ	Amb BNN	Sum
Dagens	3	4	3	4	14
Rana	4	4	4	6	18
Rana/Namsos	4	4	4	6	18
Hemnes	4	4	4	6	18
Alstahaug	3	6	4	4	17
Vefsn	3	5	3	5	16
Leirfjord	3	6	4	4	17

Tabell 19 Ambulansebehov ved forskjellige lokaliseringer av stort akutt sykehus. Amb SSJ/MiR/MSJ/BNN angir de fire ambulansesoneene på Helgeland. Antall ambulanser oppført under alternativet «Dagens» er i henhold til ny ambulanseplan.

Tabellen viser hvilket behov det vil være for ambulanserbiler dersom sykehusstrukturen endres. Alle modeller vil gi en økning i behovet for ambulanserbiler, men den minst gunstige vil kreve to biler mer enn den gunstigste modellen. Driftsutgifter til en ambulanse i døgnerberedskap med vakt på vaktrom er ca. 7 mill årlig.

Dette vil i klartekst si at en lokalisering i for eksempel Holandsvika - Drevja vil frigjøre 14.mill årlig til pasientbehandling bare på ambulansedrift.

Det siste punktet vi vil prøve å tallfeste er konsekvensene for Helgelandssykehuset ved at Brønnøyregionen helt eller delvis får sine akutt-tjenester i Helse Midt (ved Ett sykehus på Mo I Rana). Vi kan se på Bindal.

Bindal er en del av Helse Nord, men man har inngått en avtale som gjør at Bindalingene benytter Namsos som sitt lokalsykehus. Dette får selvfølgelig betydning for hvordan pasientstrømmene går, ved gunstig plassering av ETT sykehus på akse Sandnessjøen-Mosjøen kan Bindalingene få dekket mange av sine behov ved noe transportmessig tilrettelegging. Ifølge oversikt lagt ut på Helgelandssykehusets sider har Bindalingene 2133 konsultasjoner/opphold. Av dette går 70 innen Helse Nord. (45 i HSYK). Dette utgjør drøyt 3 %. Ved ETT sykehus i Rana, vil det selv om man bygger opp ett godt DMS i Brønnøysund bli enda større pasientlekkasje til Namsos og Trondheim. Ordførere på Sør-Helgeland har gjentatt i flere fora at de vil vende nesen sørover om sykehuset blir plassert på Mo.

Sør-Helgeland utgjør 14-15 % av pasientgrunnet for HSYK og ett meget forenklet regnestykke i forhold til budsjettet, vil dette gi en reduksjon på over 180 Mill. i overføringer/driftstilskudd. Legger man til grunn at anslagsvis 50 % vil reise fra Brønnøyregionen til Namsos Sykehus, ved ETT nytt sykehus i Rana, så snakker vi om betydelige beløp. Vi har ikke tatt høyde for hva befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal med omland vil gjøre ved en slik løsning, siden tilgang til spesialiserte helsetjenester ved Sant Olavs Hospital er enklere å reise til, en først til Mo og så eventuelt videre nordover.

Setter vi våre tallstørrelser sammen vedrørende besparelser ved ETT sykehus på aksene Mosjøen-Sandnessjøen i stedet for ETT sykehus på Mo I Rana blir det store tall:

- Ambulansedrift 14 Millioner
- Ett mindre DMS 30 Millioner
- Mindre Pasientlekkasje 90 Millioner
- Merkostnad ETT sykehus på Mo kontra ETT sykehus i Drevja- Holandsvika 90 – 100 millioner (merkostnader med gjestepasienter og ekstra km på utrykking utgjør 30-40 %. Ved å legge dette på Mo, jfr. rapporten fra UiN)

224 millioner kroner i mindre driftskostnader en på Mo ved en gunstig plassering av ETT sykehus i aksene Mosjøen-Sandnessjøen. Ingen av forutsetningene i regnestykket er tilfeldige og representerer ett moderat anslag.

Med 224 Mill. årlig, kan det gjøre mye for å bedre helsetilbudet på Helgeland. Muligens kan bygge kostnaden bli litt høyere enn ved ett bygg i en av byene, men ETT sykehus bygges for å kunne brukes i mer enn 40 år, og en eventuell høyere bygge kostnad pr. år blir mikroskopiske i denne sammenheng.

Kvaliteten og tilgjengeligheten på de prehospitalene tjenestene kan også forbedres betydelig med slike besparelser. Adm. Dir. i Helse Nord Lars Vorland opplyser i styremøte 18.juni 2018, at de operative driftskostnadene er ca. 43 millioner kroner per år på en luftambulansbase. Vi kan tenke oss en løsning med en luftambulans base til, om man velger denne plassert ved det nye sykehuset, eller annet sted i innlandet vil dette delvis løse problematikken rundt ising mellom kyst og innland på Helgeland. Tilsvarende beredskap vil det da bli for innland distriktene som for kyst distriktene på Helgeland. En slik løsning er det som foreslås i sykehuset innlandet, med etablering av en ny luftambulansbase ved det nye sykehuset i Moelv, til tross for at det allerede er en luft ambulans base på Dombås.

Likedan vil man kunne reversere beslutningen om å legge ned ambulansen i f.eks. Hattfjelldal. 7 Mill. pr. ambulans blir da småpenger i denne sammenheng.

Vi kan da også istedenfor to fødeavdelinger få en fødeklinikk for hele Helgeland ved ETT sykehus, som gjør at alle fødende kan føde i Hsyk. Førde Sykehus har knappe 200 flere fødende enn Helgeland pr. år og der har de fått dette til. Vil man lese mere om hvor mange fødende i dag som må sende lagt unna til fødeklinikk, med de belastninger og risikoer lang reise medfører, les: - «Et trygt fødetilbud kvalitetskrav til fødselsomsorgen», fra helsedirektoratet.no.

Vi konstaterer at ressursgruppa ikke har sett noen av disse momentene. Riktignok er problemstillingen knyttet til pasientflukt fra Sør-Helgeland nevnt, men ikke tallfestet. Dette gjør at vi trekker ressursgruppas samlede kvalifikasjoner i tvil.

Det er viktig å få med seg at forutsetningen for å kunne realisere disse gevinstene er at man velger en Ettsykehusmodell sentralt plassert i aksene Mosjøen-Sandnessjøen.

Med Vennlig Hilsen

Svein Eirik Forsmo

Jan-Kjetil Grøftrem

For Facebook Gruppa

Ja til ETTsykehusmodellen midt på Helgeland

«NYTT SYKEHUS - NYTT HELGELAND»