



Møtoreferat Nye Helgelandssykehuset - styringsgruppen

Møtetittel	Styringsgruppemøte, Nye Helgelandssykehuset		
Møtested	Teams	Møtetid	19.05.21 kl. 11.00-14.00
Møtenummer	05/21	Innkalt av/dato	M. Myrvang 12.05.21
Referent	Merethe Myrvang		
Kopi			
Vedlegg	Merknad til referat fra styringsgruppemøte 05-21		

Navn	Org.	Til stede	E-post
Hulda Gunnlaugsdottir	HSYK	x	Hulda.gunnlaugsdottir@helgelandssykehuset.no
Hilde Rolandsen	HN	x	Hilde.rolandsen@helse-nord.no
Randi Spørck	HN	x	randi.midtgard.Sporck@helse-nord.no
Klaus Becker	HSYK	x	klaus.walter.heinrich.becker@helgelandssykehuset.no
Ivar Hanssen	HSYK	x	ivar.hanssen@helgelandssykehuset.no
Therese Johansen Grolid	HSYK	x	therese.kristin.johansen@helgelandssykehuset.no
Per Hansen	Brukerutvalget	x	perihavet@gmail.com
Anne Karlsen	OUS	x	karlsa@ous-hf.no
Terje Gårdsmoen	OUS	x	tergaa@ous-hf.no
Torben Wisborg	FIN	x	torben.wisborg@finnmarkssykehuset.no
Sissel Alterskjær	KTV	x	sissel.alterskjaer@helgelandssykehuset.no
Jeanette Mikalsen	KVO	x	jeanette.mikalsen@nordlandssykehuset.no
Prosjektsekretariat			
Torbjørn Aas	HSYK	x	Torbjorn.aas@helgelandssykehuset.no
Merethe Myrvang	HSYK	x	merethe.myrvang@helgelandssykehuset.no
Vigdis Hartmann	SB	x	vigdis.hartmann@sykehusbygg.no
Arild Vassenden	SB	x	arild.vassenden@sykehusbygg.no
Øyvind Hope	SB	x	Oyvind.hope@sykehusbygg.no
Jan Eirik Tveiten	Deloitte	x	jtveiten@deloitte.no
Helene H. Helgøy	Deloitte	x	hhelgoy@deloitte.no
Jesper Kristiansen Hova	Deloitte	x	jhova@deloitte.no

Saksliste

1. Godkjenning av innkalling og saksliste
2. Godkjenning av referat fra 16.04.21
3. Nytt fra prosjektet v/prosjektleder Torbjørn Aas
4. Status i arbeidet med faglig strategisk utviklingsplan, inkludert innramming av tilbudet i Mosjøen v/Arild Vassenden, Sykehusbygg.



5. Status i arbeidet med økonomisk bæreevneanalyse v/Jan Eirik Tveiten, Deloitte og Øyvind Hope, Sykehusbygg

Eventuelt
Evaluering av møtet

Saksnr.	Vedtak/ orientering	Sak	Ansvar
SG 23/21	V	Godkjenning av innkalling og saksliste Godkjent	
SG 24/21	V	Godkjenning av referat fra 16.04.2021 Godkjent	
SG 25/21	O	Nytt fra prosjektet Gjennomgang av status på hovedaktiviteter v/ prosjektdirektør Torbjørn Aas. <ul style="list-style-type: none"> Faglig strategisk utviklingsplan: Planen ferdigstilles, skal ut på KS i arbeidsgruppene og prosjektgruppe 2 Økonomisk bæreevneanalyse Tomteprosessen. Rapporten er ute på innspillsrunde, frist til 28. mai. Gjennomgang av de viktigste milepælene/aktivitetene fram mot styrebehandling 25. juni, samt viktige aktiviteter før oppstart av konseptfasens steg 1: plan for gevinstrealisering, kriterier for valgt av (løsnings)alternativer i konseptfasens steg 1 og oppdatering av styringsdokumentet. <p>Styringsgruppa tar saken til orientering</p>	
SG 26/21	O	Status i arbeidet med faglig strategisk utviklingsplan, inkludert innramming av tilbudet i Mosjøen Orientering v/Arild Vassenden, Sykehusbygg. Presentasjon vedlagt. Innspill: <ul style="list-style-type: none"> Ambulering generelt – hvilke tanker er gjort rundt dette? Ortopedisk miljø mener ambulering til MSJ ikke svekker sykehuset, tvert imot. Ser verdien i en ren elektiv linje. Ambulering krever at avdelingen i sykehuset er sterk nok. 	

		<ul style="list-style-type: none"> Erfaring fra Finnmark: Vi ambulerer mye, det er krevende. Ligger økonomiske faktorer i dette som må huskes på. Merk at Legeforeningen er prinsipielt imot ambulering. Det er ikke uten videre enkelt å få ansatte til å ambulere. For pasienten er det selvsagt en fordel om legen kommer til dem. Hvilke tanker er gjort rundt pediatri/barneavdeling? <p>Fagmiljøene er jevnt over opptatt av å styrke sykehusene, utstrakt ambulering kan ha motsatt effekt. Småfagene – vanskelig å rekruttere til. Arbeidsgruppene er opptatte av samarbeid og flerfaglighet, samling av fagmiljøene. Styresak 137-2019 er klar på at det ikke skal være barneavdeling i HSYK.</p> <ul style="list-style-type: none"> Langt fra bosetting lengst sør-øst til nærmeste sykehus. Naturlig med stopp/diagnostisering i MSJ? <p>Modell fra Ål i Hallingdal har vært diskutert – der prehospitall personell utfører CT med støtte fra sykehus. Tidstapet ved dette vil være større enn å transportere pasienten direkte til sykehuset.</p> <p>Styringsgruppa tar saken til orientering og gir sin tilslutning til videre plan og framdrift</p>	
SG 27/21	O	<p>Status i arbeidet med økonomisk bæreevneanalyse</p> <p>Presentasjon v/Jan Eirik Tveiten, Deloitte (se vedlegg)</p> <p>Det brukes nå et 0 + - alternativ i analysen. Innebarer en teknisk oppgradering til TG1 samt tilpasset funksjonell egnethet. Dette gjøres på samme måte som på Innlandet.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hvor ligger kostnader til teknologi i denne analysen? Mye av gevinstrealiseringen vil avhenge av utstrakt bruk av ny teknologi. Viktig å starte denne dialogen med HN IKT allerede nå. Viktig med fremtidige estimater på IKT-kostnader, både investering og drift. <p>Det vil først og fremst regnes på investeringskostnaden, men også driftskostnadene rundt dette blir sett på.</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasienttransport sett opp mot poliklinikk og digitale tjenester – er det sett på det? <p>Dette vil komme med i analysen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helse Nord ser fram til å komme inn i diskusjonene. IKT er en betydelig investering. HSYK har pt. god kontroll på økonomien, men er også det eneste foretaket som ikke har hatt investeringer i bygg. Viktig med et realistisk bilde av «inngangsfarten». Pris pr. kvm i sykehusbygg andre steder har økt, det har vært en betydelig kostnadsvekst de siste par-tre årene (henvisning til psyk.bygg). <p>Prosjektet bør se til Narvik og Hammerfest når det gjelder ikt-investeringer. Oppdaterte tall for nybygg både for somatikk og psykiatri er rett rundt hjørnet, vil ta utgangspunkt i disse i analysen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innkjøp: er legemiddelområdet inkludert her? <p>Legemiddeltrenden viser at utgiftene til dette øker. Deloitte avtaler møte med OUS for å høre om erfaringer derfra. Helse Nord tror fortsatt at innkjøp har potensial for innsparinger. Ønsker gjerne at Deloitte tar et møte med HN og Sykehusinnkjøp ang dette tema.</p> <p>Øyvind Hope, Sykehusbygg presenterte ulike arealberegninger for SSJ og MSJ. Rene polikliniske tjenester uten spesialrom – det gir ikke store arealmessige utslag om tilbudet dekker 50 eller 80 %. Spesialrom forutsetter i hovedsak dublering av tjenester/utstyr – dette får konsekvenser for bæreevne.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se på mobil CT? Hjemmesykehus/digitale tjenester – er det tatt høyde for dette i arealberegningene? <p>Det er ikke tatt høyde for dette i arealberegningene slik de foreligger nå. Det er tatt utgangspunkt i tjenestene slik de distribueres i dag. Optimaliseringsfasen kommer senere.</p> <p>Styringsgruppa tar saken til orientering og gir sin tilslutning til videre plan og framdrift</p>	
		Eventuelt	



		<p>Evaluering av møtet</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Godt møte, gode presentasjoner. ➤ Har behov for å se forholdene, er ikke kjent. Utfordrende å få en god temperaturmåling på hva som foregår i de lokale miljøene. Får signaler om godt samarbeid innad, men samtidig noen som hevder at det ulmer. ➤ Inntrykket er at ting begynner å modnes, klimaet virker å være mye bedre nå enn det til tider har vært. Synes adm. og prosjektet jobber godt. ➤ Fortsatt veldig gode presentasjoner, blir veldig spennende å se innspillene til Sweco-rapporten. ➤ Mange gode innspill som vi tar med inn i arbeidet. <p>Adm. dir. avslutningsvis: Nå innføres det en klinikkstruktur, mener det vil bidra til større fokus på fag og utvikling. Konstituerte klinikkjefer fram til årsskiftet. Alle stillinger blir utlyst eksternt. HSYK går nå inn i en stor omstilling, enhetene opphører. Har tro på at dette vil dette fokus på de riktige tingene, mindre fokus på struktur og lokalisering.</p>	
		Neste møte: Fredag 18. mai, inkludert tomtebefaring	

1. Therese J. Grolid deltok bare på deler av møtet, men stilte spørsmål via chat angående begrepet hovedsykehus, definisjonen av dette og hvorvidt dette vil gjenspeiles i faglig strategisk utviklingsplan. Prosjektdirektør og prosjektkoordinator gjennomførte et eget møte med Grolid 25. mai, der det ble informert om hvordan begrepet hovedsykehus har vært behandlet/kommunisert/forankret i bl.a. styringsgruppen tidligere. Faglig strategisk utviklingsplan som skal styrebehandles 25. juni vil vise at foretaksprotokollens føringer når det gjelder funksjonsfordeling blir fulgt – samtidig er det viktig å understreke at utviklingsplanen er et dynamisk dokument som skal oppdateres jevnlig; faglig utvikling er et stadig pågående arbeid, og dokumentet må derfor leses som et utgangspunkt for videre arbeid, ikke som en endelig «fasit».
2. Henvendelse mottatt 16.06.21:
Klaus Becker kunne ikke delta under hele møtet pga. pasientrelatert arbeid parallelt til møtet og kunne derfor ikke gi godt nok innspill på møtet. Derfor ønsker han følgende kommentar inn i referatet til SG 05/21 svaret som gitt til spørsmålet Langt fra bosetting lengst sør-øst til nærmeste sykehus. Naturlig med stopp/diagnostisering i MSJ?

Kommentar: Angitt svar ansees som ikke helt korrekt, at tidstapet ved tidlig diagnostisering f.eks. ved stopp i Mosjøen ville bli større enn direkte transport til akutt-sykehus.

Eksempler:

- Slag: tidlig oppstart (!) av behandling er essensielt for outcome av pasienter. Tidlig start av behandling forutsetter bl.a. å utelukke hjerneblødning som årsak til slag med ct. For å redusere hjerneskade teller da faktisk hvert minutt fra oppstart av symptomer til start av behandling (time is brain). Forsinkelse i terapien kan føre til øket reduksjon av funksjonsevne til pasienter og som følge av dette øket tidsbruk på sykehus, rehabilitering etc. til og med øket kostnad til samfunnet. Det er en vanlig feiloppfatning, at man har et tidsvindu av om lag 6 timer til terapi-oppstart. Finnes omfangsrik litteratur om dette, se bl.a. også nasjonalt forskning f.eks. fra Stavanger, Bergen etc. Dette er ganske lignende til tidlig oppstart av behandling av hjerteinfarkt og deretter fortsettelse på sykehus.
- Hoftefraktur: Tidlig bekreftelse av diagnosen kan forkorte tid fra hendelse til behandling, dersom man bruker transporttid i ambulansen fra f.eks. Mosjøen til Mo i Rana til å innkalle og forberede alt til inngrep hos ortopedi på Mo. Ellers ville man gjort evt. en bekreftelse av diagnosen etter ankomst på Mo og deretter starte forberedelser til inngrep. Dessuten kan spares både ulempen til pasienten og kostnader hvis: 1. pasient ikke har bekreftet fraktur eller 2. pasient skal behandles konservativt eller 3. skade er omfangsrik å må behandles på høyere nivå.

Dette bare to eksempler hvor man MÅ se på hele prosessen (pasientforløp) som inkluderer alt på veien fra melding til f.eks. AMK/fastlege, gjennom prehospital tjeneste og til sist behandling på sykehus. Prosessene er avhengig av bl.a. geografiske avstander og muligheter på akuttsykehusene. Det kan beregnes fra hvilket bosted det blir bedre å ta en diagnosestopp eller kjøre til sykehus direkte. Slag-pasienter i Brønnøysund og område ville f.eks. har en stor gevinst av ct diagnostikk, oppstart av behandling og om nødvendig transport med helikopter (lokal helikopterbase der) til Trondheim St. Olav uten omvei gjennom lokale sykehus.