

## Styresak 115/2019 Helgelandssykehuset 2025: Anbefaling om struktur og lokalisering

Møtedato:  
Arkivnr: 2019/1666

Saksbeh/tlf:  
Kåre Løvstakken, prosjektdirektør

Sted, dato  
Mo 20.11.2019

Styresak 115/2019 Helgelandssykehuset 2025: Anbefaling om struktur og lokalisering  
Saken skal drøftes med foretakstillitsvalgte i henhold til Hovedavtalen 27.11.2019. Det kan komme endringer i saken frem til drøfting er gjennomført.

### **Styret i Helgelandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:**

#### **1. Vedtaksforslag**

1. Helgelandssykehuset skal utvikle pasientens helsetjeneste gjennom samhandling med primærhelsetjenesten i kommunene, prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester, utvikling av prehospitale tjenester og spesialiserte tilbud. Styret gir sin tilslutning til det framtidige sykehusstrukturen slik det fremgår av saken.
2. Mo i Rana blir hovedsykehus med et bredt akuttmedisinsk tilbud, kreftkirurgi og ortopedi.
3. Sykehuset i Sandnessjøen skal ha generell indremedisin, akuttmedisin og elektiv kirurgi. Sykehuset skal fortsatt ha akuttkirurgisk beredskap og fødeavdeling.
4. Et nytt DMS i Mosjøen utvikles etter samme modell som DMS i Brønnøysund. Psykisk helsevern skal videreutvikles i samarbeid med DMS i Mosjøen slik at disse pasientene får et godt somatisk helsetilbud.
5. DPS-strukturen ligger fast.
6. Styret finner at saken er tilstrekkelig utredet og belyst gjennom prosjektinnrammingen med underlagsdokumenter.
7. Styret tilrår, med bakgrunn i den gjennomførte prosjektinnrammingen, at prosjektet videreføres til konseptfasen.
8. Styret ber administrerende direktør oversende saken med anbefaling til behandling i Helse Nord RHF.

## Innholdsfortegnelse

1. Vedtaksforslag .....	2
2. Administrerende direktør sin vurdering og anbefaling .....	4
3. Vurderinger av alternativene .....	10
4. Bakgrunn for anbefalingene .....	14
4.1 Innledning .....	14
4.2 Generelle utviklingstrekk nasjonalt og lokalt .....	14
4.3 Demografi og sykdomsutvikling .....	16
4.4 Rekruttering og stabilisering .....	17
4.5 Samhandling og samarbeid .....	20
4.6 Distriktsmedisinske sentere (DMS) .....	22
4.7 Fødetilbudet .....	26
4.8 Samling av kirurgi for tykktarmkreft .....	29
4.9 Prehospitale tjenester .....	30
4.10 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling .....	33
4.11 Nye teknologiske løsninger .....	35
4.12 Samfunnsmessige konsekvenser .....	37
4.13 Økonomisk bæreevne .....	39
4.14 Miljø, klima og samfunnssikkerhet .....	42
4.15 Lokalisering statlige arbeidsplasser .....	44
5. Prosessen tilknyttet Helgelandssykehuset 2025 .....	48
5.1 Tidligfaseveilederen for sykehusbygg (6) .....	48
5.2 Endring i mandat .....	49
5.4 Historikk .....	51
6. Veien videre .....	51
7. Vedlegg .....	54

## 2. Administrerende direktør sin vurdering og anbefaling

Helgelandssykehuset skal gi gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det. Pasientens behov skal alltid komme først og pasienten skal bli møtt med kvalitet, trygghet og respekt. Det er veiviseren i det daglige arbeidet, og det har vært veiviseren i arbeidet med Helgelandssykehuset 2025.

Proessen rundt ny sykehusstruktur på Helgeland har pågått i mange år. Debatten har preget det offentlige ordskiftet, den har skapt stort engasjement og den har vært krevende for den interne organisasjonen. Innspill og tilbakemeldinger har vist at det ikke finnes én løsning for Helgeland som alle kan enes om, og det finnes heller ikke én optimal løsning: Alle alternativene som har ligget på bordet kommer med fordeler og ulemper.

Oppgaven har vært å drøfte disse elementene opp mot hverandre og finne den løsningen som over tid vil være det beste for pasienter, pårørende, Helgelandssykehuset og Helgeland som region.

Helgelandssykehuset har lyttet til alle innspill som har kommet inn. Argumentene fra de ulike utredningene som er gjennomført veier tungt, det samme gjør innspill fra egne fagfolk, brukerutvalget, kommuner og andre høringsparter. Problemstillingen er kompleks, og det er mange ulike hensyn som skal ivaretas. Etter en helhetlig vurdering anbefaler administrerende direktør følgende struktur og lokalisering for framtidens Helgelandssykehus:

*Modell 2b-1 (1): Ett stort akuttisykehus i Mo i Rana og ett akuttisykehus i Sandnessjøen i kombinasjon med DMS i Mosjøen og Brønnøysund.*

I det anbefalte alternativet skal begge sykehusene ha fødeavdeling og akuttkirurgisk tilbud, men ulik faglig profil. Akutt kirurgi, gynekologi og kreftkirurgi vil i all hovedsak samles i Mo i Rana. Sykehuset i Sandnessjøen skal ha fødeavdeling, elektiv kirurgi, akutttilbud i indremedisin og kirurgi.

I modellen inngår en videreutvikling av dagens bygningsmasse i Mo i Rana. I Sandnessjøen innebærer det gjenbruk og videreutvikling av dagens bygningsmasse i Sandnessjøen eller bygging av nytt sykehus. Det er inngått leieavtale i nytt bygg for DMS i Brønnøysund. Det vil bli gjort en detaljert gjennomgang av bygningsmassen i Mosjøen i konseptfasen. Nødvendig oppgradering blir planlagt ut fra dette.

### Definisjoner

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 (1) definerer ulike typer sykehus ut fra størrelsen på opptaksområdet og innhold. Et stort akuttisykehus har et befolkningsgrunnlag på minst 60 000 – 80 000, og har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter. Akuttisykehus beskrives slik i planen: «Betegnelsen *akuttisykehus* brukes om sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset *kan* ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand

mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.»

### **To-sykehusmodellen**

Den eksterne ressursgruppa (2) anbefaler ett sykehus for Helgeland. Ut fra medisinskfaglige vurderinger mener gruppa at en samling av fagmiljøer vil øke rekrutteringskraften og gjøre det enklere å utvikle gode behandlingstilbud. Helgelandssykehusets utviklingsplan peker i samme retning, det samme gjør mange av høringsuttalelsene, inkludert de som har kommet fra Helgelandssykehusets egne fagmiljø. Utredningene viser at det ideelt sett, rent faglig, kan være mest hensiktsmessig å samle all virksomheten i ett sykehus. Når administrerende direktør likevel anbefaler en to-sykehusløsning er det en erkjennelse av at mange faktorer spiller inn. Administrerende direktør har sett på hvilke miljøer som i dag er faglig sterke, pasientenes tilgang til tjenester og de økonomiske konsekvensene av å bygge ett nytt sykehus for alle funksjoner. I denne vurderingen peker det meste mot en mer desentralisert løsning for Helgeland.

Helgeland dekker et stort og variert geografisk område, fra fylkesgrensen i sør til Saltfjellet i nord. Befolkningen bor spredt og vi har en lang kystlinje med mange bebodde øyer uten veiforbindelse. Demografien, geografien og værforholdene gjør det naturlig å sammenlikne Helgeland med andre deler av Nord-Norge. Lenger nord i fylket er det akutt sykehus i Lofoten, Vesterålen, Narvik og Harstad. Avstanden mellom sykehusene og befolkningsgrunnlaget der er sammenliknbare med tilsvarende på Helgeland i den anbefalte to-sykehusløsningen.

Går man enda lengre nord, til Finnmark, er avstand og befolkningsgrunnlaget for klinikk Alta og sykehuset i Hammerfest sammenliknbare størrelser. På nesten alle disse stedene er det investert eller skal det investeres i nye bygg. Prinsippet om likeverdige helsetjenester er grunnleggende, og administrerende direktør mener befolkningen på Helgeland har samme behov for tilgjengelighet og nærhet til tjenestene som det befolkningen lenger nord har. En ytterligere sentralisering ville gjøre reiseavstanden lengre og tilgjengeligheten dårligere for mange pasienter og pårørende på Helgeland.

### **Lokalisering i omegn**

I mandatet for Helgelandssykehuset 2025 er lokaliseringalternativene beskrevet som Mo i Rana og omegn, Sandnessjøen og omegn og Mosjøen og omegn. Helse Nord har definert omegns-begrepet som 20 minutters kjøretid fra sentrum (rådhus). Den eksterne ressursgruppa bruker mye av sin rapport på å beskrive hvorfor den mener en sentrumsnær lokalisering vil være en fordel. Den peker på eksisterende infrastruktur, mindre transportbehov, positiv miljøeffekt, positiv rekrutteringseffekt, nærhet til andre institusjoner og samarbeidspartnere og en selvforsterkende effekt mellom by og sykehus: En sentrumsnær lokalisering styrker byene, noe som igjen kommer sykehuset til gode i form av sterkere rekrutteringskraft.

Livet utenom jobb er sentralt i rekrutteringssammenheng. Det understrekes også i dagens rekrutteringsstrategi i Helgelandssykehuset, tuftet på konseptet «Tid til å leve».

Spørreundersøkelsen utført i forbindelse med samfunnsanalysen (4) viser at 79 prosent av de ansatte ved Helgelandssykehuset i dag har 15 minutter eller kortere reisetid til jobb, og mange oppgir at det å bo sentralt og ha nærhet til arbeidsplassen er en viktig kvalitet. Nasjonal helse- og sykehusplan og regional utviklingsplan fra Helse Nord viser at stadig flere mennesker, og spesielt unge og høyt utdannede, flytter til byene.

Leger har tradisjonelt hatt lengre arbeidstid enn det som er vanlig i befolkningen ellers. Det er lite som tyder på at dette vil vare, leger kommer til å søke seg mot mer normal arbeidstid og en bedre balanse mellom jobb, familie og fritid. Derfor blir nærhet til arbeidsplassen viktigere og motivasjonen til å pendle mindre. En må også kunne anta at viljen til å arbeide i fag med lav bemanning og høy vaktbelastning kommer til å avta. Vi bør derfor etter beste evne samle disse fagene.

Menon skriver i samfunnsanalysen «I vurderingen av lokalisering i eller utenfor sentrum («i omegn»), virker alt annet enn muligheten for å legge til rette for pendling fra to byer å tale i favør av lokalisering i sentrum». Også Nordland fylkeskommune har i sine høringsuttalelser støttet en lokalisering i ett av regionsentrene, det vil si en av byene. Det er i tråd med fylkesplan for Nordland (5). Administrerende direktør er enig i disse vurderingene, og mener det er lite som taler for en lokalisering utenfor bygrensene.

I arbeidet har en modell med ett hovedsykehus i Mo i Rana og ett akutt sykehus i omegn til Sandnessjøen (Leirfjord) blitt vurdert. Bortsett fra å imøtekomme ønsket fra ansatte som har fremhevet «aksen» i høringsuttalelser og kommuner som har pekt på dette som en foretrukket lokalisering, er det lite som taler for at dette ville vært et gunstig alternativ hverken faglig eller økonomisk. Administrerende direktør anbefaler at sykehus og DMS plasseres i by.

### **Hovedsykehuset**

Helgelandssykehuset trenger et nav, en faglig motor som gjør foretaket i stand til å utvikle tjenestene, utdanne leger og sykepleiere og styrke samarbeidet med kommunene, utdanningsinstitusjonene og andre offentlige og private aktører. Den eksterne ressursgruppa og samfunnsanalysen peker begge på viktige momenter som gjør at sykehuset i Mo i Rana bør være dette navet. Rekruttering vil være en kritisk utfordring for Helgelandssykehuset i framtida. Utredningene viser at Mo, i kraft av sin størrelse og variasjonen i det øvrige arbeidsmarkedet (partnerarbeidsplasser), blir vurdert til å ha den sterkeste rekrutteringsevnen.

Nærhet til Campus Helgeland og andre kompetansemiljø blir også vektlagt som en styrke. Rana er en av få kommuner på Helgeland som har framskrevet befolkningsvekst. Utviklingen i forsørgerbrøken er noe sterkere her enn i de andre av dagens vertskommuner. Sykehuset i Rana har det største og bredeste fagmiljøet. Sykehuset har bygd opp et sterkt ortopedisk og kirurgisk miljø som det skal bygges videre på. Det er minst risiko knyttet til sårbarhet i interimperioden ved å velge en etablering av hovedsykehus i Rana. Administrerende direktør anbefaler derfor at Helgelandssykehuset Rana skal være hovedsykehuset i en framtidig to-sykehusmodell.

### **Elektivt sykehus med akuttberedskap i Sandnessjøen**

Lokalisering av et nytt akuttsykehus i Sandnessjøen vil ivareta spesielt kystbefolkningens nærhet til tjenestene. Sykehuset skal ha kirurgisk virksomhet i form av elektiv kirurgi, akuttberedskap og fødeavdeling. Det vil være mulig å planlegge en strømlinjeformet dagkirurgisk virksomhet, inkludert en femdagerspost. I tett dialog med det regionale helseforetaket vil det også være mulig å planlegge for tjenester som Helgelandssykehuset ikke har i dag – tjenester som også kan generere gjestepasienter fra andre deler av landet. Sykehuset vil også ha indremedisinsk sengepost for de 12 kommunene sør for Korgfjellet. En nærmere beskrivelse av innholdet i begge sykehusene vil utarbeides i samarbeid med fagmiljøene i konseptfasen.

Det finnes i dag et fagmiljø i Sandnessjøen som det er naturlig å bygge videre på. Høringsuttalelser og spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant de ansatte i forbindelse med samfunnsanalysen, viser stor pendlervillighet mellom de to arbeidsmarkedsregionene midt på Helgeland. Det gir et potensiale for også å trekke veksler på dagens fagmiljø i Mosjøen i oppbyggingen av det nye sykehuset i Sandnessjøen.

Et robust sykehus i Sandnessjøen med klart definerte funksjoner primært innen elektiv kirurgi og generell indremedisin, samt føde og akuttberedskap vil forhindre de negative samfunnsmessige virkningene en nedleggelse av sykehuset ville hatt. Samfunnsanalysen viser klart at en nedleggelse av sykehusdrift i Sandnessjøen vil få store negative konsekvenser for Alstahaug kommune. Helseforetaket har ikke ansvar for bosettingsmønster eller arbeidsplasser, men kan samtidig ikke se bort fra det faktum at sykehuset er en viktig arbeidsplass og gir trygghet med tanke på bosetningsmønster. Sykehuset i Sandnessjøen er, slik det fremstår i dag, ikke spesielt godt egnet til å være et effektivt elektivt sykehus. Mye trekker derfor i retning av å bygge et nytt sykehus optimalisert for de funksjonene som legges til dette sykehuset.

### **DMS i Mosjøen**

Et DMS i Mosjøen kan bygges opp etter samme modell som DMS i Brønnøysund. Dette vil gi nærhet til tjenestene til befolkningen i Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Dagens sykehus i Mosjøen er det av sykehusene som har den beste tekniske tilstandsgraden, og det vil være naturlig å bygge videre på det. Mosjøen har utmerket seg med et sterkt og godt miljø for psykisk helse. Det vil være naturlig at DMS i Mosjøen innrettes mot også å dekke behov for de somatiske tjenester psykiatrien i Mosjøen trenger. Det er viktig at dette perspektivet ivaretas.

### **Sør-Helgeland**

Helgelandssykehuset har inngått en leieavtale og intensjonsavtale med Brønnøy kommune knyttet til etableringen av et distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund. Som beskrevet i kapittel 4.6 vil dette gi befolkningen på Sør-Helgeland et langt bedre spesialisthelsetjenestetilbud enn i dag, med legevakt i kombinasjon med akuttmottak, senger og polikliniske tilbud. DMS vil i stor grad møte den demografiske og epidemiologiske utviklingen, og vil særlig dekke behovene til eldre og kronikere, det vil si storforbrukerne av spesialisthelsetjenester. Helgelandssykehuset flytter tjenestene nærmere brukerne, og inngår et tett og forpliktende samarbeid med primærhelsetjenesten. Med intensjonsavtalen

som utgangspunkt, vil DMS være en arena for kunnskapsdeling og utvikling mellom partnerne. De

t vil kunne bidra til å styrke også de omliggende kommunenes rekrutteringsevne. Sør-Helgeland er allerede godt dekket prehospitalt, blant annet med base for luftambulansetjenesten. Helgelandssykehuset vil knytte jordmødrene ved fødestuen i Brønnøysund tettere mot luftambulansetjenesten slik at det er en formell vaktordning med jordmor som en del av denne viktige, men også kostbare tjenesten. I den anbefalte løsningen vil befolkningen på Sør-Helgeland ha nærhet til nærmeste akuttstusykehus, og det vil ikke være nødvendig å gjøre ytterligere forsterkninger av den prehospitale tjenesten i sør utover den utvikling som ligger i fagets natur. I dag er det en del pasienter på Sør-Helgeland som velger å få behandling utenfor vårt distrikt. Helgelandssykehuset har som mål å gi et tilbud som både i tilgjengelighet og kvalitet er slik at flest mulig velger å få sin behandling her.

### **Interimsperioden**

Å endre sykehusstrukturen er ikke bare å bygge nye bygg, det er også å endre på tilgjengelig personal og kompetanse. Å sikre kvalitet og redusere usikkerhet er en større utfordring når det gjelder fag enn bygg. Uansett hvordan en ser på det har Helgeland rekrutteringsutfordringer og administrerende direktør ser ikke at det finnes enkle løsninger som vil endre dette.

Administrerende direktør har derfor i sin vurdering lagt særlig vekt på tilgjengelighet til tjenestene i interimsperioden (perioden fra beslutning er tatt til ny struktur er på plass). Risikoen for å miste sentrale fagmiljø og fagpersoner i en interimsperiode er stor, og størst dersom man sentraliserer alt i ett sykehus. Dersom deler av fagmiljøet smuldrer bort vil det være svært krevende å drifte Helgelandssykehuset på en forsvarlig måte, både medisinsk og økonomisk, i interimsperioden. Eksempler på dette er de gode miljøene vi har innenfor ortopedi og psykisk helse. Å bygge opp dette i Helgelandssykehuset har vært et møysommelig arbeid over mange år, der en har satset på rekruttering og utdanning av personell med lokal tilhørighet samtidig som en bevisst har søkt å rekruttere utenfra når det har vært riktig og mulig.

I Rana ligger det godt til rette for utbygging av sykehuset som ikke forstyrrer daglig drift i betydelig grad, og dersom en bygger et nytt sykehus i Sandnessjøen vil dagens sykehus kunne driftes som normalt i interimsperioden. En tilnærmet uforstyrret drift ved de tre enhetene vil være økonomisk fordelaktig – det vil gjøre at Helgelandssykehuset kan innfri egenkapitalkravet og gi det handlingsrommet som er nødvendig for å kunne forsvare etableringen av både nytt og oppgraderte sykehusbygg og samtidig investere i utstyr og personell.

Ved å velge å ikke investere til eller utover grensen på det administrerende direktør oppfatter som forsvarlig, får vi handlingsrom til å satse på fag, innovasjon og utvikling. Helgelandssykehuset har utfordringer innenfor barne- og ungdomspsykiatri, alderspsykiatri og geriatri som i liten grad skal løses med nye bygg, men som vil kreve økonomisk handlekraft for å bygge fagene. Litt forenklet kan en si at administrerende direktør venter



ansatte og deres kompetanse noe høyere enn nye bygg sammenliknet med det som har vært vanlig i lignende sykehusprosjekter.

### **Rekruttering**

Rekruttering handler også om ledelse og organisering. I arbeidet med å rekruttere og utdanne nye spesialister må Helgelandssykehuset i interimperioden prioritere LIS-stillinger ut fra klart definerte behov – for eksempel innen psykiatri, geriatri, gynekologi og den nye spesialistutdanningen innen akutt- og mottaksmedisin. Ved å legge til rette for LIS-utdanninger i disse fagene vil vi allerede nå bedre pasientbehandlingen og sikre god akuttberedskap ved to framtidige sykehus og to DMS. Alle LIS-leger skal ha utdanningsplaner, men de skal også ha karriereplaner. Karriereplanen skal legge et løp fram mot spesialisering, og samtidig planlegge overgangen til fast overlegestilling ved Helgelandssykehuset. Dette skaper forutsigbarhet.

Ifølge Statistisk sentralbyrå vil det på landsbasis fram mot 2035 mangle ca. 30 000 helsefagarbeidere og ca. 20 000 sykepleiere. Å rekruttere og beholde disse yrkesgruppene blir viktig i årene framover. Grunnutdanningen må styrkes både i innhold og i antall studenter. Helgelandssykehuset vil samarbeide tett med utdanningsinstitusjonene for å få dette til. Helgelandssykehuset ønsker å være en utdanningsinstitusjon som tilbyr nye veier gjennom praksis som er mer rettet mot lokalsykehusfunksjonen og la studenter i praksis få følge hele pasientforløp.

Helgelandssykehuset ønsker å tilby muligheter for etter- og videreutdanning særlig rettet mot områder som anestesi, pediatri, operasjon, kreft og psykiatri. Spesialiteten innen akutt- og mottaksmedisin vil bli et satsingsområde i Helgelandssykehuset i årene som kommer – her er det en mulighet til, sammen med universitetene i Nord-Norge eller andre steder, å skape en ny utdanningsvei innen sykepleie som vil styrke kompetansen i akuttmottakene. Også kommunene har rekrutteringsutfordringer på sykepleie-området. Helgelandssykehuset ønsker å samarbeide med kommunene for å utarbeide en felles strategi for utdanning, praksisplasser og muligheter for kombinerte stillinger eller utveksling av sykepleieressurser. Det er viktig å ha flest mulig 100 %-stillinger, men samtidig legge til rette for mennesker som er i ulike livsfaser.

### **Konklusjon**

Som påpekt innledningsvis er det ingen alternativ som løser alles ønsker. Samtidig som det er flere løsninger som kan gi en god spesialisthelsetjeneste på Helgeland. Anbefalingen i denne saken kan se ut som om den går mot den delen av eget fagmiljø som ønsker å samle alt i ett sykehus, og den går mot rådet gitt av den eksterne ressursgruppa om å sentralisere alt i ett akutt sykehus. Administrerende direktør er av den oppfatning at en ved å rendyrke et elektivt skreddersydd sykehus i Sandnesjøen som også har akuttmedisinsk beredskap, vil skape et sykehus med komplementære enheter. Selv om vi viderefører driften ved flere lokalisasjoner, samler vi fagene organisatorisk. Delingen av elektiv og øyeblikkelig hjelp-virksomhet kan brukes som et verktøy til å styrke utdannelsen av spesialister ettersom den operative elektive virksomheten vil kunne drives uten vesentlig forstyrrelse av virksomheten på grunn av uforutsett øyeblikkelig hjelp.

Nasjonalt finnes det flere eksempler på sykehus som har avdelinger som i hovedsak prioriterer elektiv kirurgisk virksomhet og som har høstet gode erfaringer med dette både når det kommer til kvalitet, økonomi og utdanning. Underveis i vurderingene har føringen fra tidligfaseveilederen (6) vært retningsgivende. Den sier at et prosjekt skal være *relevant, gjennomførbart og levedyktig*. Administrerende direktør mener den anbefalte løsningen vil gi et godt, desentralisert tilbud nært pasienten og høy kvalitet på tjenesten. Løsningen vil være varig, fleksibel og bærekraftig samtidig som foretaket får økonomisk handlingsrom til å møte de utfordringene som vil komme. Den anbefalte løsningen er relevant, gjennomførbart og levedyktig.

### 3. Vurderinger av alternativene

Konsept	Akuttsykehus	Akuttsykehus med begrenset akutfunksjon	Distrikts-medisinsk senter (DMS)	Distrikts-medisinsk senter (DMS)	Distrikts-medisinsk senter (DMS)
Nullalternativet	Mo i Rana Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund		

Konsept	Stort akuttsykehus (SA)	Akuttsykehus (A)	Distrikts-medisinsk senter (DMS)	Distrikts-medisinsk senter (DMS)	Distrikts-medisinsk senter (DMS)
2a (1)	Mo i Rana og omegn		Sandnessjøen	Mosjøen	Brønnøysund
2a (2)	Sandnessjøen og omegn		Brønnøysund	Mosjøen	Mo i Rana
2a (3)	Mosjøen og omegn		Brønnøysund	Sandnessjøen	Mo i Rana
2b-1 (1)	Mo i Rana	Sandnessjøen	Brønnøysund	Mosjøen	
2b-1 (2)	Sandnessjøen	Mo i Rana	Brønnøysund	Mosjøen	

Tabellen viser alternativene slik de er presisert av Helse Nord i etterkant av styresak 68-2019

*Alternativet «omegn» er valgt bort på grunn av utfordringer med manglende infrastruktur, bosettingsmønster, rekruttering, klima og miljø og økonomi.*

#### **Nullalternativet Mo i Rana (A), Sandnessjøen (A), Mosjøen (A-) + ett DMS**

Utviklingsplan (2014) konkluderer rundt dagens modell at den ikke er bærekraftig på lang sikt. Det har ikke framkommet nye opplysninger som endrer denne oppfatningen.

## **2a (1) Mo i Rana og omegn (SA) + inntil tre DMS**

### **Styrker og muligheter:**

- Samling av fagmiljø, gode utviklingsmuligheter
- Rekruttering og partnerarbeidsplasser
- Stort fagmiljø å bygge videre på
- Variert næringsliv
- Interimperioden
- Infrastruktur, kollektivtransport
- Økonomisk bærekraft ved utnyttelse av eksisterende bygg
- Godt desentralt tilbud gjennom DMS
- Nærhet til utdanningsinstitusjoner, kompetansemiljø
- Større utdanningsinstitusjon
- Disponibelt areal

### **Svakheter og utfordringer:**

- Sentralisering
- Geografisk plassering
- Reiseavstand for pasienter som bor lengst unna
- For lang pendleravstand fra Sandnessjøen
- Miste god fagkompetanse i Sandnessjøen
- Risiko knyttet til gammelt bygg
- Interimsperioden – kan miste fagmiljø

## **2a (2) Sandnessjøen og omegn (SA) + inntil tre DMS**

### **Styrker og muligheter:**

- Samling av fagmiljø, gode utviklingsmuligheter
- Ivaretar kystbefolkningen godt
- Tilgjengelighet for båtambulanse
- Pendlingsvilje fra Mosjøen
- Godt desentralt tilbud gjennom DMS

### **Svakheter og utfordringer:**

- Synkende forsørgerbrøk
- Få partnerarbeidsplasser
- Mangler høyere utdanningstilbud
- Avstand til Mo i Rana
- Svak mulighet for gjenbruk/utvidelse av eksisterende bygg
- Interimsperioden – kan miste fagmiljø
- Mangler jernbane, E6

## **2a (3) Mosjøen og omegn (SA) + inntil tre DMS**

### **Styrker og muligheter:**

- Samling av fagmiljø, gode utviklingsmuligheter
- Infrastruktur, kollektivtransport
- God geografisk plassering, kortes samlet reisetid for pasienter
- Klimavennlig energi
- Motvirke pasientlekkasje sørover
- Godt desentralt tilbud gjennom DMS

### **Svakheter og utfordringer:**

- Få partnerarbeidsplasser
- Synkende forsørgerbrøk
- En hjørnesteinsbedrift – smalt arbeidsmarked
- Mangler høyere utdanningstilbud
- Interimsperioden – kan miste fagmiljø, krever stor nyrekruttering
- Svak mulighet for gjenbruk/utvidelse av eksisterende bygg

## **2b1-1 (1) Mo i Rana (SA) + Sandnessjøen (A) + inntil to DMS**

### **Styrker og muligheter:**

- Rekruttering til flere steder – partnerarbeidsplasser
- Satser på det største fagmiljøet
- Fordeling av risiko i interimsperioden
- Beholder ansatte
- Mindre transport, mindre klimaavtrykk
- Nærhet til utdanningsinstitusjoner, andre kompetansemiljø, næringsliv
- Kortere reisevei for alle – nærhet til tilbudet
- Sterke bæreevne hvis gjenbruk av eksisterende bygg

### **Svakheter og utfordringer:**

- Rekruttering
- Hyppige vakter
- Genererer internt transport
- Dublering av utstyr, dublering av vakter
- Flere ansatte enn i ett sykehus

## **2b1-1 (2) Sandnessjøen (SA) + Mo i Rana (A) + inntil to DMS**

### **Styrker og muligheter:**

- Ivaretar de to største fagmiljøene

- Beholder ansatte
- Arbeidsmarked – flere partnerarbeidsplasser
- Kortere reisevei for pasientene
- Mindre transport, mindre klimaavtrykk
- Samling av fagmiljø der det er behov for det
- Ivaretar nærhet til kysten

**Svakheter og utfordringer:**

- Krever flere ansatte enn ett sykehus
- Mer krevende å bygge fagmiljø
- Genererer internt transport
- Dublerer utstyr og vakter
- Rekruttering til det minste sykehuset
- Hyppige vakter
- Avstand til studiested
- Lengre reisevei for ansatte
- Hovedsykehuset ligger på et lite sted
- Bevare det ortopediske miljøet

**2b1-1 (6) Mo i Rana (SA) + Leirfjord (A) + inntil to DMS**

Utelukket på grunn av omegns-begrepet

Se også vedlagte ROS-analyse (11)

Det poengteres at analysen over (styrker, svakheter, muligheter og utfordringer) kun er ett av flere verktøy som brukes for å kartlegge og drøfte potensialer. Momentene over er hentet ut fra et omfattende materiale, og er ikke uttømmende.

## 4. Bakgrunn for anbefalingene

### 4.1 Innledning

Administrerende direktør sin anbefaling bygger på en stor mengde bakgrunnsinformasjon. I de følgende kapitlene beskrives sentrale vurderinger lagt til grunn for anbefalingen. Kapitlet innledes med betraktninger rundt generelle utviklingstrekk, og viser ellers til utredninger og områder som styret har bedt om ytterligere vurderinger av gjennom prosessen. Se også kapittel 7 (vedlegg) for ytterligere dokumentasjon.

Utredninger, føringer, lover og retningslinjer som denne styresaken bygger på:

- Lov om helseforetak m.m.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Fylkesplan for Nordland 2013 – 2025
- Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, veileder IS-1369 Helsedirektoratet 2011
- Utviklingsplan Helgelandssykehuset 2014
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 – 2019
- Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter, Sykehusbygg, sept./okt. 2017
- Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord 19.12.2018
- Rapport fra ekstern ressursgruppe 19.03.2019, inkludert høringsrapport
- Bæreevneanalyse, Deloitte
  - o oppdatering v/ÅF Advansia 23.10.2019
- Samfunnsanalyse, Menon Economics publ. 85/2019, oktober 2019
- Vurderinger rundt styrets tilleggspunkter (jfr styresak 100/2018)
  - o Fødetilbudet
  - o Psykisk helse og rus
  - o Prehospitale tjenester
  - o Distriktsmedisinske senter (DMS)
  - o Samhandling med kommunene
  - o E-helse og ny teknologi
- Styresaker m/vedtak i Helgelandssykehuset og Helse Nord

### 4.2 Generelle utviklingstrekk nasjonalt og lokalt

*Dette kapitlet refererer til Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 (1) og regional utviklingsplan 2035 Helse Nord (7)*

Utviklingen innen medisin og medisinsk teknologi går raskt og gjør det utfordrende å planlegge på et operativt nivå på lang sikt. Helse Nord og Helgelandssykehuset skal gi

innhold til målet om å skape pasientens helsetjeneste slik dette er tydeliggjort gjennom gjeldende Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019:

*«Pasienten skal medvirke i utformingen av tjenesten, delta i valg av egen behandling og få bedre muligheter til å mestre eget liv. Målet er at pasientene ikke skal vente på utredning og behandling utover det som er medisinsk nødvendig. Helsetjenesten skal møte pasienten med vennlighet og respekt og ta ansvar for helhet, sammenheng og gjennomføring av behandlingen. Det skal være åpenhet om kvalitet. Kravene til kvalitet skal være like, uavhengig av region, behandlingssted eller hvem som utfører tjenesten. Det forutsetter at pasientene har tilgang på god informasjon når de trenger det, og samhandler med helsetjenesten gjennom enkle, gode og trygge elektroniske løsninger. Pasientene skal møte dyktige fagfolk som er godt kvalifisert for oppgaven alle steder i helsetjenesten.»*

I utviklingen av fremtidens spesialisthelsetjeneste vil følgende utviklingstrekk være av stor betydning:

- Pasientperspektivet vil styrkes med tydelig fokus på pasientsikkerhet og pasientmedvirkning. Samvalg vil bli tilbudt langt flere pasienter. Brukerne vil bli involvert oftere og tidligere i forbedringsarbeid og utviklings- og omstillingsprosjekter. Pasientene vil stille større krav til tilgjengelighet, valgfrihet og åpenhet, med mulighet til å vurdere kvalitet.
- Sykdomspanorama vil forandres på grunn av den demografiske utviklingen hvor en stadig eldre befolkning gir økning i antall pasienter med flere diagnoser og hvor kroniske sykdommer, kreft og psykiatri vil være sentrale utfordringer. Forbedrede behandlingsmetoder vil skape nye behov hos pasientene som har kroniske sykdommer og/eller invalidiserende og behandlingsskrevende restsymptomer.
- Den raske kunnskapsutviklingen med tilgang til og behov for å lære nye teknikker og behandlingsmetoder vil fortsette. Minimal invasiv teknikk og intervensjonsbehandling vil erstatte enda mer av tradisjonell åpen kirurgi og medfører også at sykdomsprosesser kan stoppes tidligere med mindre konsekvens (hjerneslag og hjerteinfarkt).
- Informasjonsteknologiens raske utvikling skaper mulighet for nye arbeidsmetoder som gir økt mulighet for bedre kvalitet i utredning, behandling og observasjon, bedre evaluering og oppfølging av resultater, informasjon og kommunikasjon mellom pasient/pårørende og aktørene i helsetjenestene, samt økt pasientsikkerhet. Framtidens sykehus vil kunne se veldig annerledes ut enn i dag fordi digitalisering og automatisering gir potensialet til å endre dagens driftsmodell. Mange av konseptene og teknologiene som muliggjør utviklingen eksisterer allerede, og spørsmålet er hvorvidt det evnes å ta disse i bruk i helse- og omsorgssektoren. Teknologisk utvikling kombinert med ny bruk av kjente metoder har vært den viktigste endringsfaktoren for produktivitetsvekst. Det har vært en eksponentiell trend, og denne forventes å fortsette slik at betydningen av teknologisk utvikling blir stadig større.

Kommende Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023 vil rettes spesielt inn mot økt samhandling, både internt i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Videre vil satsing på psykisk helsevern, kompetanse, teknologi og prehospitaltjenester være viktig.

### 4.3 Demografi og sykdomsutvikling

*Dette kapitlet refererer til regional utviklingsplan 2035 for Helse Nord. (7)*

I regional utviklingsplan 2035 for Helse Nord er det beskrevet lavere befolkningsvekst i Helse Nord's område enn i landet for øvrig. Videre er det beskrevet at all vekst skjer i aldersgruppene 60 år og oppover. Den eksterne ressursgruppen har beskrevet at denne utviklingen også gjelder Helgeland. Befolkningsveksten på Helgeland vil være lavere enn i Helse Nord for øvrig, og tendensen i veksten av antall eldre er den samme.

Både i forhold til Helse Nord, og spesielt landet som helhet, har Helgeland en stadig fallende forsørgerbrøk (definert som forholdet mellom yrkesaktive og pensjonister). Dette innebærer at de som potensielt skal motta helsetjenester stadig blir flere, mens de som potensielt skal yte helsetjenester, blir forholdsvis færre.

Det vil være en sterk økning i antall og andel eldre, og vekst i flere type lidelser, som sansetap, hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, kreft, slitasjesykdommer i muskel og skjelett, diabetes type 2, KOLS, nyresvikt og alderspsykiatriske sykdommer som depresjon og demens. Flere vil overleve sykdom og flere vil leve med kroniske lidelser. Det vil bli flere personer med mer enn én kronisk sykdom.

Evnen til å behandle nye sykdommer, nye behandlingsmetoder, nye legemidler og ny teknologi vil utvikles i raskere tempo enn tidligere. Det forventes ikke i seg selv å drive aktivitetsvekst i stor grad, men vil påvirke oppgaveløsning og behov for kompetanse.

Endring i oppgavefordeling vil ha betydelige effekter på aktivitetsnivået, gjennom bedre samhandling med kommunehelsetjenesten. Det forventes at flere skal kunne behandles i sine hjem og i sine hjemkommuner, og dette vil endre forholdet til spesialisthelsetjenesten. Til grunn for dette ligger vedtatte retningslinjer som gir kommunene et større ansvar for kronikere, palliasjon, rehabilitering, psykisk helsevern osv. Etter demografisk utvikling, er dette den faktoren som forventes å ha størst effekt på framtidig aktivitetsnivå i sykehusene.

Endring i organisering av tjenestetilbudet påvirkes av en økt overføring fra døgn- til dagkirurgi og overføring fra medisinske døgnbehandlinger til dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Videre forventes det en større bruk av observasjonsposter og pasienthotell enn i dag. Kontroll og oppfølging av kroniske lidelser vil understøttes av velferdsteknologi, og en stor del av de polikliniske kontaktene vil kunne avvikles på grunn av teleteknologi, og på den måten spare pasientene for reiser som i vår region ofte er lange.

Innen somatikk forventes den største veksten på dagbehandling/dagkirurgi og liten vekst knyttet til døgnopphold og liggedøgn. For psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det forventet størst vekst for dagbehandling og polikliniske konsultasjoner akkurat som for somatisk virksomhet. Det er forventet en mer moderat vekst i døgnopphold, og en reduksjon i liggedøgn.



Utviklingen i spesialisthelsetjenesten har gått mot større spesialisering og sub-spesialisering. Dette har gitt høykompetente spesialister som kan utføre avanserte prosedyrer med meget god kvalitet. Denne utviklingen har opplagt vært et gode, men er også en utfordring for mindre sykehus som ikke kan etablere vaktlag som dekker alle høyspesialiserte funksjoner. For de mindre sykehusene er det helt nødvendig å ha vaktlag med leger som kan håndtere bredden av de akuttmedisinske utfordringene.

Helgelandssykehuset har et behov for akuttmedisinens allmennleger. Den nye spesialiteten i akutt- og mottaksmedisin svarer ut småsykehusenes behov for leger som kan dekke den akuttmedisinske beredskapen for flere fag.

#### 4.4 Rekruttering og stabilisering

*Dette kapitlet referer til rapport fra ekstern ressursgruppe (2) og samfunnsanalysen (4)*

De demografiske utviklingstrekkene beskrevet i kap. 4.2 kombinert med et sykdomspanorama som endrer seg i takt med en aldrende befolkning, vil gi store utfordringer for Helgelandssykehuset i årene framover. Rekruttering og stabilisering av sterke fagmiljøer var en av hovedpilarene i Utviklingsplanen (2014), og har vært et sentralt element i alle senere utredninger. Utfordringsbildet handler om:

- Lav befolkningsvekst
- Befolkningen blir eldre
- Stadig fallende forsørgerbrøk
- Gjennomsnittsalderen for enkelte yrkesgrupper innen helsesektoren gjør at rekrutteringsbehovet blir større framover

Helse Nords regionale utviklingsplan 2035 trekker fram tre lokalsykehusområder som skiller seg særlig negativt ut med tanke på estimert bærekraft (svakket forsørgerbrøk): Vesterålen, Mosjøen og Sandnessjøen. Den regionale utviklingsplanen viser også at gjennomsnittsalderen for visse yrkesgrupper er høy. Det gjelder spesielt for sykepleiere og helsefagarbeidere. Disse utgjør dermed sårbare yrkesgrupper hvor det forventes økt turnover i planperioden. Utfordringsbildet gjelder i høyeste grad også for kommunehelsetjenesten. Svakket bærekraft i denne delen av helsetjenesten vil gi økt belastning på spesialisthelsetjenesten.

#### **Kritisk utfordring**

Den eksterne ressursgruppa fremhever rekrutteringssituasjonen som en kritisk utfordring for Helgelandssykehuset. Behovet for helsepersonell øker, samtidig som rekrutteringsbasen går ned og netto innenlandsk flytting er negativ. Konkurransen om kompetanse er ikke bare lokal, men også fra spesialist- og kommunehelsetjenesten nasjonalt. Rapporten fra ressursgruppa peker også på nødvendigheten av å utnytte tilgjengelig helsepersonell på en hensiktsmessig måte. Behovet for å samarbeide om rekruttering med kommunehelsetjenesten vil øke og være større på Helgeland enn mange andre steder.

Konkurransen vil ikke bare dreie seg om tradisjonelt helsepersonell. Moderne sykehus er avhengige av ekspertise også utover det rent helsefaglige. Det vil være et stadig økende behov for ingeniører, informatikere, fysikere, helsepedagoger med mer.

Ressursgruppa mener struktur og lokalisering av framtidens Helgelandssykehus må tuftes på den løsningen som i størst mulig grad sikrer den framtidige rekrutteringen. Med dette som utgangspunkt drøfter gruppa ulike strukturer og lokaliseringer. Gruppa er enstemmig på at ett sykehus lokalisert i by er den beste løsningen og peker på Mo i Rana som lokalisering, alternativt Sandnessjøen. Ett medlem mener Sandnessjøen, ut fra avstandsbetraktninger, er den beste løsningen. Ressursgruppa mener Mo i Ranas størrelse, variasjonen i arbeidsmarkedet (arbeid til partner), variert botilbud, forventet positiv befolkningsutvikling, kommunikasjoner til andre regioner (planer om etablering av ny flyplass), størst andel av befolkningen som når sykehus den første tiden etter akutt sykdom/skade, størrelsen på fagmiljø og redusert risiko i interimperioden er faktorer som taler til fordel for en lokalisering i Mo i Rana.

Rapporten trekker også fram nærhet til Campus Helgeland som positivt, ikke bare på grunn av sykepleierutdanningen, men også andre fag som er relevante for sykehuset. Ressursgruppa viser til at unge og høyt utdannede mennesker ønsker å bosette seg i byer, og mener en bynær lokalisering virker positivt på rekrutteringsevnen. Samtidig gir rapporten uttrykk for at det er lite som skiller de tre byene når det gjelder rekrutteringsevne som følge av sentralitet eller urbanitet. Samfunnsanalysen fra Menon Economics sier seg enig i dette.

Samfunnsanalysen trekker også fram bredden og variasjonen i arbeidsmarkedet og nærhet til Campus Helgeland som et pluss i retning Mo i Rana, men understreker samtidig at fremtidig studiestruktur kan endre seg. Dekan ved helsefag på Nord universitet sier i samfunnsanalysen at en endring i sykehusstruktur neppe vil være nok til å endre campusstruktur, men at distribusjonen av utdanninger kan endre seg. Samfunnsanalysen mener variasjonen i boligmarkedet ikke kan tillegges vekt, da det kan tilpasses behovet.

### **Risiko i interimperiode**

Ressursgruppa peker på interimperioden – tiden fra beslutning til et nytt sykehus står ferdig og er operativt – som en risiko Helgelandssykehuset må rette særlig oppmerksomhet mot. I tiden etter beslutning er det en fare for at nøkkelpersonell på det stedet/de stedene hvor det ikke skal være sykehus i framtida ser seg om etter annet arbeid, og kanskje flytter ut av regionen. Ressursgruppa mener dette er et viktig argument for å velge en lokalisering som bygger på det største fagmiljøet, og viser til at dette var et argument også da Helse Møre og Romsdal skulle velge sted for nytt sykehus. Samfunnsanalysen viser at behovet for nyrekruttering vil være større i en ensykehusmodell enn en tosykehusmodell. Behovet for nyrekruttering vil være størst ved opprettelsen av et stort akuttsykehus i Mosjøen, og dette vil også være det konseptet som gir mest pendling internt på Helgeland ettersom det i dag er det stedet med færrest ansatte. 15 prosent av arbeidsstokken vil pendle mellom to av de tre byregionene med en slik løsning.

### **Pendling og rekrutteringsevne**

Ressursgruppa mener pendling for ansatte vil ha negativ effekt på rekrutteringsevnen, og fraråder lokaliseringer som gir reisevei for egne ansatte og deres partnere utover det majoriteten av den norske befolkningen har. Samfunnsanalysen viser at muligheten til å bo sentralt og ha kort reisevei til jobb virker å være viktig for mange.

Spørreundersøkelsen Menon gjennomførte blant Helgelandssykehusets ansatte viser pendlervillighet mellom Mosjøen og Sandnessjøen, men ikke mellom disse to lokalisationene og Mo i Rana. Både samfunnsanalysen og ressursgruppas rapport fastslår imidlertid at Vefsn og Alstahaug ikke kan regnes som en bo- og arbeidsmarkedsregion, selv ikke med den pendlingsvilligheten som spørreundersøkelsen avdekker. Av den grunn mener ressursgruppa at fagmiljøene ved sykehusene i Mosjøen og Sandnessjøen ikke kan betraktes som ett fagmiljø, slik flere av høringsinstansene har hevdet. Samfunnsanalysen viser også at spesialiserte innen helsefag er mindre villige til å pendle enn andre høyt utdannede, og at innbyggere i Nord-Norge er mindre pendlingsvillige enn resten av landet. Analysen finner ikke grunnlag for å tro at partnere til fremtidige sykehusansatte vil ha en vesentlig høyere pendlervillighet enn blant de øvrige ansatte på Helgeland i dag. Samfunnsanalysen viser samtidig at pendlingsproblematikken bare vil gjelde de første 10-20 årene etter endret struktur. Etter denne perioden vil de ansatte i liten grad være de samme ansatte som i dag, og det er forventet at fremtidens arbeidstakere vil bosette seg i nærheten av arbeidsplassen og på den måten unngår pendling.

På Helgeland kan lokal tilhørighet defineres som svært lokal. Spesielt blant sykepleierne ser en at disse søker jobb nært oppvekststedet og har lav pendle- og flyttetilbøyelighet. SSBs framskrivninger viser at befolkningen i Rana bo- og arbeidsmarkedsregion (BA) er ventet å vokse med 4,7 prosent fra 2019 til 2040. For Alstahaug forventes det en vekst på 2,8 prosent, mens det forventes en negativ vekst på minus 1,4 prosent i Vefsn. Rana er den eneste av de tre bo- og arbeidsmarkedsregionene som har en positiv vekst i antall sysselsatte de siste ti år (+ 2,8 prosent). Alstahaug og Vefsn har hatt en negativ vekst på henholdsvis minus 1,2 og minus 1,5 prosent.

### **Ett kontra to sykehus**

Ressursgruppa har vektlagt etableringen av ett stort akuttsykehus som et faglig robust kraftsentrum, og utviklingen av en kompetent og velutstyrt prehospitall tjeneste, som kanskje de viktigste faktorene i oppbyggingen av en framtidig og likeverdig spesialisthelsetjeneste på Helgeland. Samfunnsanalysen viser at bredde og kvalitet på fagmiljøet, lokal tilhørighet og avstand og attraktivitet til bo- og arbeidsmarkedet er viktige parametere når det gjelder rekruttering, i tillegg til lønn og karrieremuligheter. Samfunnsanalysen vurderer – i likhet med ressursgruppa – at mulighetene for rekruttering vil være bedre ved ett stort sykehus enn ved en todelt løsning. Flertallet av høringsinstansene peker også på dette som den beste løsningen, ikke bare faglig, men også i et rekrutteringsperspektiv.

### **Rekruttering i kommunene**

Foruten rekruttering til sykehuset vil rekruttering av helsepersonell i kommunene ha stor betydning for framtidens helsetilbud på Helgeland. Ressursgruppa viser til at behovet for å

samarbeide med kommunehelsetjenesten om rekruttering vil være større på Helgeland enn mange andre steder. Samfunnsanalysen vurderer hva struktur og lokalisering kan bety for rekruttering til kommune- og primærhelsetjenesten. Lengre avstand til sykehus vurderes til å virke negativt inn på kommunenes rekrutteringsevne når det gjelder fastleger, og mindre sentrale kommuner har større utfordringer enn mer sentrale kommuner. Analysen viser at valg av en to-sykehushøsnung i størst grad vil minimere rekrutteringsutfordringene for de minst sentrale kommunene på Helgeland. Plassering i omegn vil i liten grad påvirke rekrutteringsevnen av fastleger og øvrig helsepersonell i kommunene. Kommunene som er intervjuet i samfunnsanalysen vurderer opprettelsen av DMS ulikt når det kommer til innvirkning på rekrutteringsevnen.

#### **Administrerende direktørs vurdering:**

Administrerende direktør har i sin vurdering vektlagt stedets rekrutteringsevne når det kommer til lokalisering av hovedsykehuset. Risikoen for å miste sentrale fagmiljø i interimperioden har også blitt tillagt betydning – her mener administrerende direktør at en to-sykehushøsnung vil redusere denne risikoen. Pendling blir vurdert som lite rekrutterende, og administrerende direktør ser på det som en av grunnene til å gå bort fra alternativer i «omegn». Administrerende direktør velger å bygge på de mest robuste miljøene, og ser utfordringene knyttet rekruttering innen de somatiske fagene dersom disse ble lagt til et stort sykehus i Mosjøen. Dette representerer en risiko det ikke er ønskelig å utsette foretaket for.

## 4.5 Samhandling og samarbeid

*Delen av dette kapitlet som omhandler samhandling med kommunene bygger på delrapporten «Samhandling med kommunene, herunder felles rekrutteringsutfordringer og helhetlig helsetilbud i regionen» (8), utarbeidet av intern arbeidsgruppe.*

Rapporten tar for seg dagens utfordringsbilde på Helgeland og i Helgelandssykehuset og beskriver et ønsket fremtidsbilde innen samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Overordnet mål er at pasientene skal få god utredning, behandling og opplæring samt bli møtt med rett kompetanse til rett tid på rett sted så nært hjemstedet som mulig.

Rapporten viser at det er fem drivere som vil endre og påvirke utviklingen:

- Aldrende befolkning
- Økt antall pasienter med kroniske lidelser
- Informasjonsrevolusjonen
- Teknologiske og medisinske fremskritt
- Endret pasientrolle

Eldre, kroniske og pasienter med sammensatte lidelser og alvorlig sykdom utgjør i underkant av 5-10 prosent av pasientene og legger beslag på ca. 50 prosent av sengekapasiteten i sykehusene. Dette er storforbrukere av helsetjenester som vil være tjent med at utredning og behandling i størst mulig grad skjer i primærhelsetjenesten og DMS nært der de bor. Dette vil gi kvalitetsmessig gode tjenester i nærområdet med påfølgende reduksjon i innleggelse, mindre belastning for pasientene og reduserte transportkostnader.

Delrapporten peker også på at medisinsk og teknologisk utvikling vil bidra til at utredning og behandling blir mer spesialisert og at det derfor er sentralt at kompetanse og profesjoner samles.

Samhandlingsreformen legger opp til at stadig flere oppgaver skal overføres til kommunehelsetjenesten. Samtidig vil vi på Helgeland (som mange andre steder i landet og i Nord-Norge spesielt) oppleve at forsørgerbrøken går ned. En svekket bærekraft vil gi mange kommuner store utfordringer med å ivareta lovpålagte kommunehelseoppgaver, og langt mindre være i stand til å ta på seg nye oppgaver. Delrapporten beskriver disse problemstillingene og viser en ønsket utvikling med blant annet økt bruk av teknologi, samlokalisering i DMS, styrking av prehospital kompetanse og utstrakt samarbeid på tvers av nivåene. Samhandlingen må foregå både på klinisk nivå mellom fagfolk, og på strategisk nivå mellom ledelse i foretak og kommuner.

En ny finansieringsmodell med incentivordninger som bidrar til økt pasientbehandling i primærhelsetjenesten vil være en ønsket endring i rammebetingelsene. Helgelandssykehuset ser opprettelsen av de nye helsefelleskapene som en videreutvikling av det samarbeidet som allerede finnes mellom foretaket og kommunene, og i utformingen av en ny struktur vil det være mulig å utforske mulighetsrommet og gi innspill til sentrale myndigheter om hvordan nye finansieringsordninger kan være med på å understøtte ønsket utvikling på samhandlingsfeltet. DMS Brønnøysund vil kunne være en egnet pilot med tanke på nye finansieringssystemer. Helgelandssykehuset har allerede et godt samarbeid med Brønnøy kommune, og det legges opp til en tett integrering av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.

### **Samarbeid med utdanningsinstitusjonene**

For å møte framtidens bemanningsutfordringer – både når det gjelder volum og kompetanse – må Helgelandssykehuset innta en aktiv holdning mot utdanningsinstitusjonene. Det starter allerede på videregående, der samarbeid med fylkeskommunen og lokale videregående skoler skal legge til rette for utdanning av flere helsefagarbeidere og flere og mer varierte karriereløp for denne yrkesgruppen. Helgelandssykehuset vil stimulere til flere helsefagarbeidere i foretaket, og en økt oppgaveglidning mellom nivåer og yrkesgrupper. Foretaket skal fortsette og videreutvikle samarbeidet med Nord universitet, Universitetet i Tromsø og ønsker å knytte kontakt mot teknologiske utdanningsinstitusjoner som for eksempel NTNU og ønsker å skape fleksible utdanningsmodeller for distriktene. Kompetanseheving og livslang læring må være et mål for *alle* yrkesgruppene i sykehuset. Dette vil bli nærmere konkretisert og beskrevet i konseptfasen.

### **Samarbeid og samskaping med næringsliv, offentlige og private aktører**

Framtidens spesialisthelsetjeneste på Helgeland kommer ikke til å skapes av Helgelandssykehuset eller spesialisthelsetjenesten alene. Nasjonal helse- og sykehusplan viser hvordan endret demografi, sykdomsbilde, behandlingsmetoder og teknologisk utvikling vil endre måten helsetjenestene utføres og distribueres på. På samme måte som Helgelandssykehuset skal innta en mer offensiv rolle mot utdanningsinstitusjonene, skal foretaket også søke økt samarbeid med næringslivet og andre offentlige og private aktører der målet er å skape en arena for innovasjon og utvikling. Helsetjenesten kommer til å bli mer digital, desentralisert og pasientnær, og gjennom innovasjonspartnerskap kan næringsliv, kommuner og andre inviteres inn for å utvikle produkter og tjenester i tett samarbeid med sykehuset. Helgelandssykehuset har allerede initiert prosjekter som eksempelvis etablering av helserom med satsing på e-helseteknologi på Lovund i Lurøy. Dette skjer i samarbeid med kommune og næringsliv. Videre arbeider foretaket med felles satsing på helseteknologi i forbindelse med framtidig etablering av nytt helsesenter i Rødøy kommune.

På Vega og i Hattfjelldal satses det på nye teknologiske løsninger og bruk av personell prehospitalt etter den såkalte Rørosmodellen (10, styreseminar 27.03.19). Samarbeid med næringsliv og offentlige og private aktører blir en viktig strategisk retning for Helgelandssykehuset. Foretaket er en stor aktør, og bør således være en attraktiv samarbeidspartner for næringslivet på Helgeland. En videre strategi for arbeidet vil beskrives i konseptfasen.

### **Administrerende direktørs vurdering:**

Pasientene skal få god utredning, behandling og opplæring. De skal bli møtt med rett kompetanse til rett tid, på rett sted og så nært hjemstedet som mulig. Stadig flere oppgaver overføres til kommunene, samtidig som forsørgerbrøken går ned. Administrerende direktør vil fremme en gjensidig samhandling med økt bruk av teknologi, samlokalisering i DMS, styrking av prehospital kompetanse og utstrakt samarbeid på tvers av nivåene. DMS Brønnøysund vil kunne være en pilot for nye økonomiske modeller med tett integrering av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Administrerende direktør vil stimulere til økt samarbeid med utdanningsinstitusjonene, flere helsefagarbeidere i helseforetaket, og oppgaveglidning mellom yrkesgrupper i helsetjenesten. Det legges opp til økt samarbeid og samskaping med næringsliv og offentlige og private aktører gjennom innovasjon og utvikling.

## **4.6 Distriktsmedisinske sentere (DMS)**

*Dette kapitlet tar utgangspunkt i delrapporten «DMS» (9) samt styreseminar om distriktsmedisinske senter (DMS) 30. januar 2019 (10)*

Etableringen av et distriktsmedisinsk senter (DMS) i Brønnøysund var opprinnelig ikke en del av Helgelandssykehuset 2025-prosjektet, men ble tatt inn i mandatet i 2015. Utviklingsprosjektet dreier seg imidlertid ikke bare om å bygge nye sykehus. Det er også en

vurdering av hele spesialisthelsetilbudet på Helgeland, og det er da nødvendig å se på både innhold og konsekvenser av å etablere et DMS i Brønnøysund.

DMS Brønnøysund er allerede vedtatt bygget. En forpliktende leieavtale ble signert 13.11.2019 og det vil også bli inngått en intensjonsavtale. Viktig kunnskap kan overføres fra dette prosjektet inn i Helgelandssykehuset 2025.

DMS Brønnøysund skal betjene befolkningen på Sør-Helgeland med de tjenestene som er viktigst for lokalbefolkningen og som det er medisinsk mulig å desentralisere. Både bygg og drift blir et samarbeid mellom kommunen og Helgelandssykehuset. Ambisjonen er å utvikle dette lengre enn det en har gjort ved andre lignende prosjekter. Gjennom tilgjengelighet, kvalitet, nye arbeidsmetoder og utstrakt samarbeid skal Helgelandssykehuset gi befolkningen på Sør-Helgeland faktisk og opplevd trygghet for at de får hjelp når de trenger det, og sykehuset ønsker å gå foran i arbeidet med å skape framtidens spesialisthelsetjeneste i distrikt.

### **Akuttmedisin**

Et faglig godt akuttmedisinsk tilbud er noe av det viktigste for at befolkningen skal føle trygghet i det daglige. Den skarpeste blålysmedisinen har sykehuset gode systemer for. En god del av disse pasientene skal raskest mulig til store akutt sykehus som St. Olav eller UNN. Disse pasientene representerer ofte alvorlige tilstander og/eller alvorlige ulykker der rask transport til riktig omsorgsnivå er kritisk viktig. Det er viktig å erkjenne at disse pasientene utgjør en liten del av den totale akuttmedisinen. Av alle pasienter som legges inn på en indremedisinsk avdeling vil ofte 90 prosent eller mer være akuttinnleggelse.

Når pasienten kommer til sykehuset er det ikke alltid avklart hvilket fagområde som skal ivareta pasienten, og mange pasienter har flere problemer som påvirker hverandre. Samarbeidet mellom ortopeder og geriater i Mo i Rana illustrer godt hvordan en aldrende befolkning trenger nye løsninger. Det har lenge eksistert en tro på at pasienter som kommer til sykehuset er undersøkt av lege før de kommer til sykehuset. Nye undersøkelser tyder på at dette bare gjelder 50-60 prosent av pasientene. For de pasientene som skal legges inn eller som trenger avklaring med radiologisk diagnostikk eller laboratorieprøver blir det ofte en tur om sykehuset før det er mulig å ta en god beslutning om videre forløp. I dag betyr det gjerne en tur på legevakt i Brønnøysund og så bil og/eller båt til Sandnessjøen. Dette forløpet er lite pasientvennlig og dessuten kostbart.

I DMS Brønnøysund ønsker Helgelandssykehuset - gjennom samarbeid med kommunen - å nedtone skillet mellom kommunalt nivå og sykehuset, samtidig som det ønskes å oppnå synergieffekter ved at personell med allmennt medisinsk erfaring arbeider sammen med sykehusets akuttmedisinere. Legevakten som bygges som en del av DMS blir akuttmottak for samme enhet. En vil ha tilgang til diagnostisk utstyr i form av ultralyd, røntgen, CT og lab som ikke er vanlig ved andre legevakter.

Gjennom faglig samarbeid kan det bygges kompetanse på en slik måte at mange av pasientene kan avklares lokalt. Et av undersøkelsesrommene bør utstyres med video-

/telelink til det som blir hovedsykehuset, slik at en kan få råd og bistand når det er nødvendig.

### **Sengepost**

Det er planlagt ti senger for inneliggende pasienter. I utgangspunktet er det tenkt at to av disse sengene skal være KAD-senger for Brønnøysund kommune. Det bør vurderes å åpne for andre kommuner som også ønsker å ha KAD-senger i samme bygg. En planlegger også å kunne ha inntil to pasienter for kortvarig observasjon i akuttmottaket. Sengene vil være et gode for pasienter med mange forskjellige lidelser, men vil være viktigst for pasienter med avklarte diagnoser og hyppige innleggelse, som for eksempel kols- og hjertesviktpasienter, eldre og skrøpelige. I den offentlige debatten er det ikke alltid pasienter med alvorlige kroniske lidelser som kommer først, men med DMS bygges det spesielt med tanke på disse pasientene.

Det er også andre pasienter som vil nyte godt av et lokalt tilbud. Kreftpasienter som ikke lengre behandles med tanke på helbredelse vil ofte ha behov for korte innleggelse. Lang reisevei er en betydelig belastning for disse pasientene. For pasienter som nærmer seg slutten av livet er det særs viktig at de både får kvalifisert palliativ pleie og behandling samtidig som nærhet til pårørende er svært viktig.

Kirurgi er et fag som er svært ressurskrevende og som involverer flere yrkesgrupper. Det krever også beredskap med tanke på eventuelle komplikasjoner. Det vil derfor ikke være hensiktsmessig å etablere et kirurgisk tilbud på et DMS - det vil rett og slett ikke være nok pasienter til å kunne forsvare et slikt tilbud økonomisk og faglig. Et DMS vil imidlertid gi også disse pasientene et bedre tilbud gjennom tilstedeværelse av kirurgisk vurderingskompetanse. I DMS-et i Brønnøysund planlegges det røntgen, CT og ultralyd. Dermed kan man velge ut de pasientene som må flyttes til kirurgisk enhet og særlig de som må flyttes raskt. I noen tilfeller vil det også være mulig å gjøre deler av den postoperative behandlingen lokalt.

### **Fødestue**

Det er allerede en velfungerende fødestue i Brønnøysund. Ved nøye seleksjon, god faglig standard og støtte fra gynekologisk avdeling er dette et forsvarlig tilbud i dag. Det foreligger ingen planer om å endre på dette tilbudet, men det er en bekymring knyttet til fallende fødselstall på Helgeland generelt. Jordmødrene i Brønnøysund ivaretar også dialysepasientene. En slik oppgaveglidning viser hvordan kapasitet kan utnyttes på en kvalitativ god måte. Fra tid til annen blir jordmor med ambulanshelikopteret ut dersom en skal til pasienter som er gravide. Denne tjenesten er en støtte til den pålagte følgetjenesten og en styrking av den akuttmedisinske beredskapen for gravide pasienter. Helgelandssykehuset bør formalisere denne tjenesten slik at den blir forutsigbar og jordmødrene får den nødvendige opplæring og verneutstyr som slik tjeneste krever.

### **Diagnostikk**

Det planlegges både røntgen, CT og ultralyd inn i det nye bygget. I den forbindelse vil det være behov for opplæring av ansatte samt utstrakt bruk av telemedisin. Fra et brukerperspektiv vil disse tjenestene medføre en betydelig forbedring i forhold til dagens



tilbud. I dag medfører et enkelt røntgenbilde for en pasient fra Sør-Helgeland mye reising, og gjerne også overnatting i Sandnessjøen. Det vil også være behov for laboratorietjenester. Volumet vil være forholdsvis lavt, men samtidig må en kunne analysere prøver raskt. Igjen bør det ses på de mulighetene ny teknologi gir med tanke på pasientnære analyser/ «Point of care»-teknologi.

Med tradisjonell laboratoriedrift vil både utstyr og vaktordninger bli kostnadsdrivende med tanke på et relativt lite pasientvolum. Evnen og viljen til å ta i bruk ny teknologi vil være svært viktig for å sikre det desentraliserte spesialisthelsetilbudet. Dette gjelder i DMS-et, men også når det kommer til egendiagnostikk/egenbehandling og dialog mellom pasient og helsetjeneste. Bruk av ny teknologi skal bidra til å bringe helsehjelpen ut der folk bor.

### **Poliklinikker**

Det legges til rette for polikliniske konsultasjoner i spesialiteter som ikke er tilgjengelig lokalt. Nødvendig utstyr må stilles til disposisjon og legene vil i all hovedsak ambulere fra sine daglige arbeidsplasser. En kan også vurdere om en i noen spesialiteter bør inngå avtaler med privatpraktiserende spesialister. I konseptfaserapporten er behovet for polikliniske konsultasjoner framskrevet. Det er estimert at 80 prosent av befolkningen på Sør-Helgeland som i dag mottar poliklinisk tilbud i Helgelandssykehuset kan få denne tjenesten ved DSM i Brønnøysund. Konseptfaserapporten tar utgangspunkt i de fire kommunene som i dag mottar spesialisthelsetjenester fra Helgelandssykehuset: Brønnøy, Sømna, Vega og Vevelstad. Disse fire kommunene har i dag 11 659 innbyggere. I gjennomsnitt mottok denne befolkningen 9 974 somatiske polikliniske konsultasjoner i årene 2014-2018. 80 prosent av dette tilsvarer 7 979 kontakter pr. år. Det må være et mål å også hente pasienter fra Bindal til Brønnøysund. Bindal har 1450 innbyggere. En 80 prosent dekningsgrad for denne kommunen tilsvarer 1 579 konsultasjoner.

Av de pasientene som i dag reiser ut av foretaket fra Sør-Helgeland – fortrinnsvis til Namsos og Bodø – regner en med at 50 prosent av de som reiser til Bodø og 80 prosent av de som reiser til Namsos vil kunne få dekket det polikliniske behovet lokalt i Brønnøysund.

Allerede i dag utføres det konsultasjoner via Skype, og det er forventet at digitale konsultasjonsformer vil øke i omfang, både innen somatikk og psykiatri.

### **Personal**

Slik DMS i Brønnøysund struktureres vil det være nødvendig å rekruttere både leger og sykepleiere med varierte og komplementære ferdigheter. Det må være et mål at en både klarer å ta inn over seg de allmenmedisinske perspektivene samtidig som en behersker diagnostikk og behandling som ofte forbindes med sykehus. Selv om det planlegges utstrakt bruk av ny teknologi vil kvaliteten på den behandlingen som gis være avhengig av at en rekrutterer og utdanner helsepersonell som er spesielt motivert for denne type tjeneste. Ideelt bør flest mulig av de som jobber på DMS i Brønnøysund være lokalt ansatte som jobber heltid. I den grad det er nødvendig kan det lages rotasjonsordninger inn mot sykehus, dersom en trenger volumtrening eller nye ferdigheter, som for eksempel bruk av ultralyd.

Det å jobbe på DMS i Brønnøysund vil i seg selv være attraktivt da en får både ta imot, behandle og følge opp egne pasienter. Det vil samtidig kunne utfordre etablerte profesjonsgrenser. I en overgangsperiode kan det bli krevende. Helgelandssykehuset må forberede seg på dette og starte rekruttering og utdanning samtidig som en bygger.

Oppbyggingen av et velfungerende DMS krever stor grad av samhandling og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. DMS kan være en arena der kommune og sykehus går fra å være parter til å bli partnere. Delrapporten «DMS», utarbeidet av Helgelandssykehuset, beskriver hvordan et DMS kan fungere som en felles arena for rekruttering og kunnskapsoverføring. Kommunene får stadig mer komplekse oppgaver. Et nært samarbeid rundt DMS kan bidra til at spesialisthelsetjenesten kan være med og bygge opp kompetanse og understøtte særlig de minste kommunene i å løse de nye oppgavene.

### **Distriktsmedisinsk senter – pasientenes helsetjeneste**

Nasjonal helse- og sykehusplan legger betydelig vekt på nærhet til tjenestene uten at den er veldig detaljert når det gjelder forskjellen på et distriktsmedisinsk senter og et sykehus. Det som nå etableres i Brønnøysund, med legevakt/akuttmottak, observasjonssenger, sengepost, lab og røntgen, samt poliklinikk, vil gi et meget godt tilbud når det gjelder diagnostikk. Allmennlegene vil få et godt og trygt miljø å jobbe i og mange av de pasientene som bruker sykehuset mye vil kunne behandles lokalt. Dette vil særlig komme kronikere og eldre til gode. Pasienter som må behandles kirurgisk vil kunne starte utredningen lokalt og særlig innenfor ortopedifaget vil en unngå mange bomturer, hvor pasienter i dag må reise langt bare for å få avkreftet at de har et brudd.

Gjennom god organisering og oppgavefordeling skal pasientene som bruker DMS oppleve samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten som sømløst og forutsigbart.

### **Administrerende direktørs vurdering:**

DMS-konseptet slik vi presenterer det er et viktig verktøy for å virkelig skape pasientens helsetjeneste. Det blir én vei inn i systemet og fra et brukerperspektiv vil det ikke være vesentlig om tjenesten er kommunal eller spesialisthelsetjeneste. Ved å bruke breddekompetent personell sammen med avansert teknologi vil Helgelandssykehuset kunne levere tjenester på et nivå som ikke tidligere er gjort lokalt. Den beskrevne DMS-strukturen er hjørnesteinen i Helgelandssykehusets desentrale struktur. DMS i Mosjøen vil bli planlagt etter samme modell.

## **4.7 Fødetilbudet**

*Dette kapitlet bygger på delrapporten «Fødetilbudet» (12) utarbeidet av intern arbeidsgruppe, samt styreseminar om fødetilbud 30. april 2019.(10)*

Proessen rundt ny struktur på spesialisthelsetjenesten på Helgeland har pågått over lang tid og diskusjonen rundt fødetilbudet har fått spesiell oppmerksomhet.

Både styret og administrasjonen har lagt ned et betydelig arbeid i å belyse både dagens fødeomsorg og det vi mener vil være det beste og tryggeste fødetilbudet for fremtiden.

Styret har avholdt styreseminar og det er gitt fortløpende oppdateringer om arbeidet med utredningsarbeidet. Oppsummeringen er i all hovedsak hentet fra den interne arbeidsgruppens arbeid. Arbeidsgruppen har vært bredt sammensatt og står samlet om både vurderinger og konklusjon.

Fødetilbudet i dag og behov for endringer: Helgelandssykehuset har i dag et fødetilbud med akseptabel kvalitet. Fødselstallene går imidlertid nedover, både nasjonalt og regionalt. Siden 1980-tallet har det vært ca. 28 prosent nedgang i antall fødsler på Helgeland. I Nordland har fødselstallene gått ned fra 2,02 pr. 1000 kvinne i 2009, til 1,54 barn pr. 1000 kvinne i 2018. Fallende fødselstall er en nasjonal trend og en har så langt ikke indikasjoner på at dette vil endre seg på kort sikt.

Situasjonsbildet for fødetilbudet på Helgeland kan oppsummeres i følgende punkter:

- Det er utfordrende å rekruttere tilstrekkelig fagpersonell til to likestilte fødeavdelinger på Helgeland. Det er økende krav til bemanning og beredskap i fødselstjenesten.
- Aldersframskriving av dagens personell (overleger/gynekologer) i Helgelandssykehuset, viser at man om kort tid vil være i en kritisk personellsituasjon.
- Helgelandssykehuset har hatt en god praksis med å utdanne egne jordmødre og delvis også gynekologer. Til tross for dette vil Helgelandssykehuset ha en kritisk mangel på gynekologer og barneleger om noen få år. Nasjonalt er det allerede i dag mangel på jordmødre, gynekologer og barneleger.
- Mindre fødeavdelinger har en høy og krevende vaktbelastning på gynekologene, jordmødre og anestesipersonell. For å kunne ha god nok beredskap med tanke på akutte hendelser vil en måtte vurdere overgang fra hjemnevakt til tilstedevakter for flere personellgrupper og det vil øke belastningen med å ha vakt. Dersom en ikke klarer å rekruttere spesialister i vaktbærende akutfag, for eksempel gynekologer, så vil fødetilbudet falle bort.
- Mindre fødeavdelinger er ikke spesielt rekrutterende, da fagmiljøene blir for små grunnet lav aktivitet og antall fødsler.
- Strukturprosessen antas å kunne ha påvirkning på rekrutteringen, da en del unge ønsker å avvente en avgjørelse knyttet til lokalisering før de velger Helgelandsykehuset som sitt framtidige arbeidssted.
- Fødepopulasjonen endres, med flere eldre fødende og fødende med økt risiko (overvekt og diabetes). Dette stiller økende krav til fagkompetanse.
- De fødende på Helgeland er vant til å måtte reise når de skal føde.
- De fødende/gravide og ansatte er vant til å forholde seg til alternerende sommerstenging mellom Mo i Rana og Sandnessjøen.
- Prehospital tjeneste er en viktig faktor for å sikre at de fødende har et trygt fødetilbud. I en eventuell ny modell kan det stilles ytterligere forventninger til både tilgjengelighet og kompetanse både i båt, ambulanse-, helikopter- og flytjenesten.

- Følgetjeneste for kommuner med over 1,5 timers reisetid til fødested er ikke på plass.
- Det pågår løpende kvalitetsarbeid på fødestue/fødeavdelinger, men på nasjonale kvalitetsindikatorer scorer Helgelandssykehuset på noen områder under gjennomsnittet av norske sykehus.
- Helgelandssykehuset har ikke flere transportfødsler enn resten av Norge.
- Fødeavdelingene i dag har ikke barnelege i vakt og de barnelegene sykehuset har ser forholdsvis få nyfødte. Det betyr at sykehuset ikke klarer å bygge opp den beredskapen og kompetansen på pediatri siden som vi burde ha.

### **Vurderinger**

Arbeidsgruppen har drøftet følgende modeller:

- Et stort akuttsykehus (en fødeavdeling) på Helgeland
- Et stort akuttsykehus og et akuttsykehus på Helgeland med fødetilbud bare på det store akuttsykehuset eller begge steder
- På hvilken måte DMS kan inngå i svangerskapsomsorgen på Helgeland

Gruppen har spesielt sett på rekruttering og stabilisering. I rapporten foreslår det ulike tiltak som kan være avbøtende, på kort og lang sikt. En har videre drøftet hvordan samarbeidet med kommunene og ambulansetjenesten må tilpasses. Her har en blant annet sett at Helgelandssykehuset i dag ikke har en tilfredsstillende ordning når det gjelder jordmor i følgetjeneste. I tillegg er det i rapporten kort drøftet hvordan samarbeid med høyere nivå i fødselshjelpen i Nord-Norge (Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Tromsø) i framtiden må opprettholdes. Til slutt er det kommet med noen innspill til hvordan man i større grad kan ta i bruk helseteknologi innenfor svangerskapsomsorgen.

### **Interimsperioden**

Interimsperioden, fra beslutning om ny modell til vedtaket skal gjennomføres i praksis, må forventes å bli svært krevende for avdelingen som eventuelt mister funksjoner. En ombyggings-/oppbyggingsfase vil kunne ta flere år og i denne perioden vil fødeavdelingen som eventuelt skal opphøre/nedgraderes neppe være spesielt attraktiv for arbeidssøkende legespesialister og jordmødre (10). Dersom Helgelandssykehuset vedtar en modell som fører til at begge av dagens fødeavdelinger må flytte (samlokaliseres), kan dette tenkes å dempe de negative effektene i interimsperioden noe. Det er viktig å understreke at ingen av dagens to fødeavdelinger, Rana og Sandnessjøen, har fysiske forhold som gjør det mulig å ta hånd om alle fødslene på Helgeland på nåværende tidspunkt. Det mangler viktige fasiliteter som tekniske føderom, isolater, asfyksi-rom (gjenopplivingsrom for syke nyfødte) og enerom for barselkvinner. Årsaken til at sommerstengingen fungerer godt, er at resten av sykehuset går på lavdrift og den åpne fødeavdelingen bli styrket med personell fra resten av sykehuset.

### **Konklusjon**

Arbeidsgruppen anbefaler at man i framtidig modell på Helgeland samler fødetilbudet i ett felles fagmiljø. I denne modellen inngår opprettholdelse av fødestua i Brønnøysund. Arbeidsgruppen anbefaler ikke opprettelse av flere fødestuer på Helgeland, men ser at man kan benytte DMS i svangerskapsomsorgen og eventuelt følgetjenesten for jordmødre.

Mange gravide og fødende i Helgelandssykehusets nedslagsfelt har allerede i dag lang vei til fødeavdeling. Forutsetningen for å lykkes med modellen med en felles fødeavdeling på Helgeland er at tilgjengeligheten for flest mulig av pasientene blir best mulig. Prehospital tjeneste og e-helseteknologi kan i begrenset grad oppveie for ulempen med lang transport for fødekvinne.

Arbeidsgruppen vil påpeke at en felles fødeavdeling forutsetter omfattende investeringer i bygningsmasse både med tanke på tekniske føderom og tilbud for overnatting for ventende, pårørende og barselpasienter. Ingen av dagens fødeavdelinger er rustet til å ta imot alle fødekvinne på Helgeland på helårsbasis.

#### **Administrerende direktørs vurdering:**

Arbeidsgruppen som har jobbet med fødselsomsorgen har gjort et solid arbeid og administrerende direktør er i all vesentlighet enig i de konklusjonene gruppen kommer med. Gynekologi- / obstetrik-faget skal samles i en avdeling under en faglig ledelse. På grunn av geografiske utfordringene vil en opprettholde virksomheten ved to fødeavdelinger og en fødestue. Den nye samlede avdelingen vil måtte dimensjoneres for å kunne støtte fødeavdelingen i Sandnesjøen for å sikre vaktberedskapen. Administrerende direktør er opptatt av både avstander og kvalitet i fødselsomsorgen og vil kontinuerlig følge opp kvaliteten i tjenesten.

#### **4.8 Samling av kirurgi for tykktarmkreft**

*Dette kapitlet bygger på et notat fra Ida Rashida Kahn Bukholm, professor i pasientsikkerhet og fagsjef i Helgelandssykehuset (13)*

Helgelandssykehuset leverer en god og trygg behandling for kolonkreft (tykktarmskreft), men det er utfordringer knyttet til volum. Det er ikke satt et absolutt minimumstall for antall operasjoner per sykehus, men det finnes en rekke nasjonale kvalitetsmål som aktiviteten sees opp mot. Scorer man dårligere enn landsgjennomsnittet over en lengre periode, vil aktiviteten bli vurdert til å være ikke tilfredsstillende, og sykehuset mister behandlingstilbudet. Et visst minimum antall inngrep er viktig for å opprettholde den totale kompetansen innen kreftbehandling.

Helgelandssykehuset utfører i dag kolonkirurgi ved to sykehus: Mo i Rana og Sandnessjøen. Notatet (13) utarbeidet av professor Ida Bukholm, fagsjef ved Helgelandssykehuset og professor i pasientsikkerhet, viser at antall operasjoner for kolonkreft er lavt ved begge sykehusene i perioden 2007-2017. I 2018 ble det i Mo i Rana utført 21 operasjoner, mens tallet i Sandnessjøen var 16. På landsbasis I 2017 var det 12 prosent av avdelingene som opererte 26-50 pasienter per år. Avdelinger med 11-25 pasienter per år utgjorde under 5 prosent og avdelinger med under 10 operasjoner var ikke-eksisterende.

Kvalitetsmålene «Fjernmetastaser (spredning) innen tre år etter behandling» og «Relativ overlevelse» viser at Helgelandssykehuset Mo i Rana har hatt gode resultater sammenliknet

med landsgjennomsnittet. For noen av parameterne er det ikke data fra Sandnessjøen på grunn av for lavt volum (<10/år).

Det er få avdelinger på norske sykehus som operer 26-50 pasienter i året. Helgelandssykehuset opererer totalt mellom 30-40 i året. Det er i nedre sjikt når det kommer til volum. For å opprettholde denne virksomheten ved Helgelandssykehuset og for opprettholde utdanning innen fagfeltet, må denne virksomheten samles. I motsatt tilfelle er det en risiko for at foretaket mister dette fagområdet i nær fremtid. Den pre- og perioperative omsorgen er også veldig viktig for denne pasientgruppen. For å kunne opprettholde kompetansen på dette hos både kirurger og andre faggrupper, som for eksempel sykepleiere, må det opereres flere enn 1-2 pasienter i måneden.

#### **Administrerende direktørs vurdering:**

Helgelandssykehuset leverer god og trygg kirurgisk behandling av tykktarmskreft, og dette utføres både i dag i Mo i Rana og Sandnessjøen. Antall pasienter som opereres ved hvert av sykehusene er imidlertid lavt, og ved Sandnessjøen har antallet i enkelte år vært så lavt at det ikke blir registrert kvalitetsdata i det nasjonale kvalitetsregisteret (< 10 pr. år). For å ikke miste kirurgi for tykktarmskreft i Helgelandssykehuset, må denne virksomheten samles, og den skal samles i det største sykehuset, i Mo i Rana. Dette er et essensielt fagområde for å sikre rekruttering innen gastrokirurgi, et fag som er sentralt for å opprettholde akuttberedskapen. Å beholde denne funksjonen er viktig med tanke på kompetanseutvikling i andre kliniske miljøer.

## 4.9 Prehospitale tjenester

*Dette kapitlet bygger på delrapporten «Prehospitale tjenester» (14) utarbeidet av intern arbeidsgruppe, samt styreseminar om prehospitale tjenester 27. mars 2019 (10).*

### **Prehospitale tjenester – bringe sykehuset til pasienten**

Ambulansetjenesten har vært i en rivende utvikling de siste 20 årene. Den har gått fra å være en tjeneste som hovedsakelig fokuserte på transport, til å bli en tjeneste som i nært samarbeid med sykehuset driver avansert diagnostikk og behandling både på skadested og under transport. Selve transportformen kan være bil, båt fly eller helikopter, alt etter hva som er mest hensiktsmessig og tilgjengelig. Den viktigste endringer er derimot ikke transportform, men det faktum at når prehospitalpersonell er kommet til pasienten, så er hun ivaretatt av spesialisthelsetjenesten.

Fordelen med tidlig diagnostikk og behandling er ikke bare at pasienten får god initial behandling, men at en også velger riktig sykehus. Slik kommer pasienten raskest mulig til riktig endelig behandling, uten forsinkende og unødvendige omveier.

### **Dagens organisering**

Helgelandssykehuset har organisert pasienttransport og prehospital akuttmedisin i en egen enhet. Denne er sidestilt med de øvrige sykehusenhetene og ledet av egen enhetsdirektør som rapporterer til administrerende direktør og sitter i helseforetakets ledergruppe. Enheten har et totalt årlig budsjett på cirka 290 millioner kroner. Rundt 200 ansatte er fordelt på tre områder: Pasientreiser, ambulansetjeneste og luftambulansse/AMK. På Helgeland er det 13 ambulansestasjoner med til sammen 16 døgnbemannede ambulanserbiler. Videre har foretaket tre ambulansebåter som er stasjonert på Vega, Dønna og Rødøy.

Det er stasjonert både ambulanshelikopter med anestesilege og ambulansfly med intensivsykepleier i Brønnøysund. Selv om disse ressursene er stasjonert i eget distrikt brukes de regionalt. Helikopteret brukes ofte til primæroppdrag, dvs. at en flyr til pasienter som hentes utenfor sykehus og transporter til sykehus, mens ambulansfly stort sett brukes til transport mellom sykehus.

I forhold til andre luftambulansbaser har Helgelandssykehuset forholdsvis få flytimer på helikopteret uten at det finnes noen god forklaring på dette. Norsk Luftambulansse (NLA) som er operatør, arbeider kontinuerlig med å lage nye GPS-ruter som øker tilgjengeligheten ved dårlig vær. Det må være et mål at sykehuset i fremtiden integrerer denne tjenesten tettere mot sine øvrige tjenester og at bruken av helikopter nøye avstemmes mot behovet. AMK Helgeland svarer på 113-henvendelser fra alle kommunene på Helgeland, bortsett fra Bindal, og er også legevaktsentral for 12 kommuner.

### **Utdannelse og teknologi**

Tilgjengelig teknologi og medisinsk utvikling gjør det mulig å utføre stadig mer avansert diagnostikk og behandling utenfor sykehus. Disse mulighetene stiller stadig økende krav til personalets kompetanse. Dagens ambulansarbeider er som oftest utdannet på fagbrev-nivå, gjerne med betydelig etter- og videreutdanning. Tjenesten er en integrert del av spesialisthelsetjenesten, og befolkningen har forventninger til trygg og avansert behandling. Det stiller krav til kompetansen. Man er på vei inn i et skifte hvor det er helt nødvendig å flytte grunnutdanning fra fagbrev-nivå til bachelor-nivå. Det blir utfordrende både for arbeidsgiver og ansatte, men er en helt nødvendig utvikling. Det er i dag flere søkere til slik utdanning enn det er studieplasser tilgjengelig. Helgelandssykehuset vil samarbeide med utdanningsinstitusjonene for å finne en løsning som gjør at en innen rimelig tid kan tilby ansatte nødvendig etter- og videreutdanning til et bachelor-nivå.

### **Samarbeid mellom kommunene og ambulansetjenesten**

Ambulansetjenestens hverdag er uforutsigbar. Denne uforutsigbarheten ligger ikke bare i pasientenes forventninger, men også i at kommunene er en viktig leverandør av bestillinger. Dersom legevakter slås sammen medfører det flere, og gjerne også nye, arbeidsoppgaver for den prehospitaltjenesten. Utvidet bruk av hjemmetjenester og KAD-plasser medfører behov ikke bare for transport, men også for teknisk bistand fra sykehusets tjenester. Dette er en utvikling Helgelandssykehuset i liten grad har vært i stand til å påvirke, men den medfører betydelige utfordringer for sykehusets beredskap, og utfordringene med

forskjellige finansieringsmodeller for kommunene og spesialisthelsetjenesten blir særlig synlig her.

### **Pasienttransport**

Det foregår en utbredt transport av pasienter både til sykehus, mellom sykehus og til enheter utenfor vårt distrikt. De nøyaktige tallene for endringer i kostnader i pasienttransport ved de forskjellige modellene er omdiskuterte, men dersom en ser på arbeidet utført av Oslo Economics, Den eksterne ressursgruppa, og egne tall basert på data fra Pasientreiser HF sentralt, vil ikke utgifter knyttet til endringer i reisemønster være alternativskillende på det nivået rapporten opererer på. Ved å desentralisere tjenestene, med blant annet DMS i Brønnøysund, forventes reduksjon i utgiftene til pasientreiser. Det primære formålet med å desentralisere er å gi pasientene et bedre tilbud lokalt, men eventuell økonomisk gevinst ved færre reiser kan igjen brukes til å gi bedre tilbud lokalt.

### **Prehospitale tjenester og fremtidig sykehusstruktur**

Det er en utfordring å formidle hvilken formidabel forbedring av helsetjenestene prehospital medisin står for. I brukernes bevissthet er det sykehuset som gir trygghet. Samtidig så er det pasienter og pårørende, som forstår at noe alvorlig har skjedd slik at en faktisk tar kontakt med sykehuset med en gang, som er de mest kritiske elementene i den akuttmedisinske kjeden. Det er i dette leddet de fleste forsinkelser oppstår.

Deretter er det helt nødvendig at spesialistpersonell med riktig utstyr kommer til pasienten så raskt som mulig. Norsk Luftambulans (NLA) har klart å bygge trygghet rundt sitt konsept, men resten av de prehospitale tjenestene har ikke vært like gode til dette. Tilliten til de prehospitale tjenestene er en essensiell del av prosjektet med ny sykehusstruktur.

De prehospitale tjenestene må utvikles videre uansett hvilken modell som velges for sykehusstruktur, men i valget av struktur må en også ta høyde for de utfordringer som pålegges prehospital enhet. Endret sykehusstruktur på Helgeland kan måtte innebære at det gis bedre tilgang til luftambulans enn man har i dag. Flere oppdrag bør løses med helikopter og en må se på muligheten av å bruke fly til flere primæroppdrag. Nasjonalt foregår det en oppdatering av redningshelikoptrene slik at denne tjenesten får maskiner som kan fly under tilnærmede alle forhold. Det bør arbeides nærmere med hovedredningsentralen slik at man kan støtte seg på redningshelikopteret i Bodø når vær eller geografi gjør at vi oppdrag ikke kan løses med egne ressurser. En ny sykehusstruktur vil kreve en ny og oppdatert prehospital plan. Gitt disse forutsetningene kan de prehospitale enheten gi forsvarlige tjenester uansett hvilket av de seks alternativene for fremtidig sykehusstruktur som velges.

### **Administrerende direktørs vurdering:**

Prehospital medisin er sykehusets mest desentrale tjeneste og en kritisk del av den akuttmedisinske kjede. Hele akuttmedisinsystemet er av liten verdi dersom ikke denne tjenesten fungerer optimalt. Det foregår en rivende teknologisk utvikling og den må følges av en oppgradering av ansattes kompetanse til Bachelor-nivå. Administrerende direktør



ønsker å legge til rette for at denne overgangen kan gjøres samtidig som flest mulig av de ansatte er i arbeid.

#### 4.10 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

*Dette kapitlet bygger på delrapporten Tilbudet innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helgelandssykehuset, utarbeidet av intern arbeidsgruppe (15)*

I det følgende beskrives kort hovedtrekkene fra rapporten om psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

I rapporten er det lagt vekt på å se helheten innen PHV og TSB, og en har unngått å gå inn i detaljer. Årsaken til dette er at 2025-prosjektet fortsatt er i en tidlig fase, og en ikke vet nøyaktig hvilken struktur en lander på. Dagens DPS-struktur (distriktspsykiatriske sentre) er lagt, men det kan allikevel komme nye behov som påvirker dagens organisering.

Organiseringen av tjenesten vil være slik at det meste av behandlingen for både barn, unge og voksne samt våre pasienter innen rusomsorgen, for det meste skal tilbys poliklinisk behandling. I tillegg skal en tilby døgntilbud når polikliniske tilbud ikke er dekkende. Helgelandssykehuset må styrke sin kompetanse på spe- og småbarns psykiske helse og alderspsykiatri i fremtiden, og sørge for samarbeidsavtaler med barnevern og øvrige kommunale instanser. Ambulante tjenester skal opprettes der en ser at det styrker helsetilbudet til pasientene, da gjerne i samarbeid med andre aktuelle parter.

Det må etableres metoder som sikrer tilstrekkelig oppfølging i somatikken for de pasientene som er alvorligst syke. Det er en kjensgjerning at for mange psykisk syke pasienter dør for tidlig av somatiske lidelser. Derfor bør det sikres et system som sørger for at pasienter i somatikken også får et tilbud innen psykisk helsevern og TSB når en ser behovet for det. Bruker- og pårørendeperspektivet må ivaretas og behandling må skje gjennom løpende dialog med pasient og pårørende.

Vaktberedskap etableres på nyåret 2020. Det vil være en vaktberedskap bestående av leger, og det vil kunne foretas innleggelser i lokal døgnavdeling i større deler av døgnet. Vi oppnår med dette en langt bedre kvalitet i døgntilbudet enn vi har hatt nå. Etablering av vaktberedskap gir mulighet for krise- og akuttbehandling i våre egne døgnplasser. Det vil fortsatt være innleggelser som skal til akuttpsykiatrisk avdeling, men det nye tilbudet vil bidra til at færre pasienter må reise til Nordlandssykehuset. Ved å kunne tilby innleggelser utover ordinær arbeidstid vil flere pasienter slippe en belastende innlegging i akuttavdeling.

Prehospital tjeneste har ansvar for transport av psykisk syke og for følgetjenesten som er etablert i Helgelandssykehuset. Det bør være et mål å redusere ventetiden på transport for psykisk syke pasienter. Følgetjenesten bør utvides slik at reisen for de mest alvorlige akutt

syke blir så skånsom som mulig. Ved å etablere følgetjeneste vil pasienten være ivaretatt av kvalifisert personell også under transport. Dette er særlig viktig under lange transporter til Nordlandssykehuset. I noen tilfeller har politi blitt brukt som erstatning for annen følgetjeneste. Dette oppleves uverdigg for en alvorlig syk pasient og må unngås, dersom det ikke er streng faglig nødvendig. Bruk av politiet til slike transporter svekker også beredskap og samfunnssikkerhet.

Helgelandssykehuset har noen utfordringer når det gjelder å rekruttere leger og psykologer og må fortsette arbeidet knyttet til rekruttering og spesialisering av disse. Det er fortsatt et stort behov for flere spesialister, og det må arbeides mer med å sikre at flere av kandidatene som er i utdanningsforløp faktisk blir ferdige spesialister i foretaket.

Når vi nå 1. januar 2020 innfører gjennomgående klinikkstruktur er det grunn til å tro at psykisk helsevern og TSB vil bli ytterligere standardisert. Dette betyr at en samstemmer rutiner og prosedyrer.

Innenfor faglig og teknologisk utvikling er det viktig at vi legger til rette for både bruk av teknologiske løsninger som er formålstjenlige, samt at vi stimulerer til forskningsaktivitet. Digitale helsetjenester som internettbaserte selvhjelpsmoduler, e-terapi og digitale hjelpemidler for vaktordninger bør implementeres og videreutvikles. Forutsetningen for dette er god digital infrastruktur i våre enheter.

### **Organisering**

Psykisk helsevern og TSB i Helgelandssykehuset er organisert med tre områder henholdsvis i Mo i Rana, Mosjøen og Ytre Helgeland hvor tilbudet er fordelt til Sandnessjøen og Brønnøysund. Alle stedene har poliklinikker for barn og unge og voksne. Foretakets døgntilbud er lokalisert til Mosjøen og Mo i Rana for barn, familier og voksne innen psykisk helsevern og TSB. Døgntilbud for barn og unge har 6 plasser og familieavdelingen har 1 plass. I familieavdelingen kommer hele familien inn slik at det er flere personer tilknyttet denne plassen. Døgnavdelingen for voksne har til sammen 23 plasser. Nevropsykologisk poliklinikk i Mosjøen yter tjenester til både barn og voksne. Denne tjenesten har pasienter innen psykisk helsevern, TSB, habilitering og rehabilitering. Poliklinikken har også utstrakt forskningsvirksomhet, og deltar i internasjonalt forskningssamarbeid.

Det er etablert poliklinikk for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Mo i Rana. Igangsetting av dette behandlingstilbudet er sentralisert til LAR-poliklinikk, og pasientene får videre behandlingstilbud fra ansatte ved alle poliklinikkene i foretaket. Det er etablert akutt ambulante team (AAT) som skal ivareta pasienter med plutselig oppstått behov for rask vurdering og intervensjon.

### **Fremtidsbilde**

Psykisk helsevern og TSB skal også i et fremtidsbilde være et desentralisert behandlingstilbud med tjenester nært pasienten gjennom den etablerte strukturen for DPS.

Når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge viser brukerundersøkelser viser at barn og unge ønsker å motta behandling fra psykisk helsevern på skolen, i barnehagen og i

økende grad på internett. Frem mot 2025 må vi øke tilgjengeligheten gjennom at vi i større grad retter aktiviteten dit pasienter og samarbeidspartnere befinner seg. Pasientens helsetjeneste må forene brukernes ønsker om et desentralisert og utadrettet tilbud, samtidig som behandlingen holder et høyt faglig nivå.

Innen psykisk helsevern for barn og unge er barnehage, skole, PPT, helsesykepleier og barnevern viktige å samarbeide med. I behandling av voksne pasienter er det andre instanser som er viktige samarbeidspartnere. Både kommunene og NAV er sentrale partnere for å kunne gi gode og helhetlige tilbud.

Samarbeid med kommuner er særs viktig, og bør tilstrebe gode løsninger som ivaretar våre pasienter på en optimal måte. Etablering av felles behandlingseenheter og team bør vurderes der dette kan styrke tilbudet, eksempelvis FACT team (fleksibelt oppsøkende team). Disse kan drive oppsøkende virksomhet ovenfor aktuelle pasienter, samt sørge for god kompetanseoverføring og kompetanseutveksling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Det bør også vurderes hvordan DMS-utviklingen kan tilpasses slik at også psykisk helsevern kan bruke dette tilbudet der det er hensiktsmessig. På grunn av den demografiske utvikling på Helgeland vil eldrebølgen prege distriktet vårt de neste 10 årene. Dette innebærer utfordringer med tanke på utredning og behandling av psykiatri og demens.

#### **Administrerende direktørs vurdering:**

Psykisk helsevern er nå faglig samlet under én leder. Dette signaliserer administrerende direktør sitt sterke ønske om å både samle og styrke denne virksomheten. Det vil i tiden fremover bli lagt stor vekt på å få profesjonene til å arbeide sammen og utnytte både det som er felles og de komplementære ferdighetene en disponerer. Satsingen på psykisk helsevern skal ikke bare fortsette, men den skal forsterkes. Vi skal særlig bedre tilbudet til barn og eldre.

Psykisk helsevern bidrar med fremdragende forskning, spesielt sett i lys av sykehusets størrelse og plassering. Administrerende direktør vil så langt det er mulig støtte en videreutvikling av det vitenskapelige arbeidet. Når det gjelder strukturen så er det ikke planlagt større endringer for psykisk helse og rus omsorgen, men det betyr ikke at disse fagene er glemt. Helgelandssykehuset skal i alle sammenhenger der fordeling av ressurser diskuteres sikre at sentrale pålegg følges.

### **4.11 Nye teknologiske løsninger**

*Dette kapitlet bygger på Strategisk teknologinotat 2.0 fra Sykehusbygg HF (16)*

Fremtiden vil by på muligheter vi i dag bare kan se konturene av, samtidig som vi må erkjenne at vi på ingen måte er oppdatert til teknologifront i dagens drift. Et eksempel på dette er at personsøker-teknologi som ellers i befolkningen ble utdatert som teknologi da

mobiltelefonene kom på markedet fortsatt er sykehusenes primære kommunikasjonssystem.

Sett i et 2025-perspektiv og enda lengre perspektiv er det viktig at Helgelandssykehuset planlegger både bygg og kompetansebygging på en slik måte at vi har nødvendig fleksibilitet og kompetanse til å benytte de mulighetene som vi vet vil komme.

Vi har tidligere - svært forenklet - delt våre teknologiske muligheter i tre:

1. *Informasjonssystemer og etter hvert bruk av kunstig intelligens i både informasjonsinnhenting og enhver diagnostikk.*

2. *Eksisterende teknologier som blir billigere, bedre og mindre og som blir tilgjengelig for flere yrkesgrupper.* En kan her særlig bruke ultralyd billediagnostikk som et eksempel. Maskinene har blitt bedre, mindre og mye billigere slik at denne teknologien blir tilgjengelig for mange flere ansatte. Samtidig vil riktig bruk kreve betydelig med trening og samarbeid med eksperter. Dette stiller store krav til investering i kompetanse, men gir oss muligheten til å bringe avansert diagnostikk til pasienten og kan være særlig viktig i distrikter med store avstander og vanskelig kommunikasjon.

3. *Helt nye teknologier som vi enten bare ser starten på eller for tiden er ukjent for oss, men som har potensialet til å radikalt forandre måten vi gir helse hjelp på.* Med 5G internett og stadig nye mikrosensorer vil vi om få år kunne diagnostisere eller monitorere pasienter i hjemmet eller i daglige aktiviteter uten aktive inngripen fra vår side før vi får varslere om at noe er galt. Helgelandssykehuset kommer til å få betydelige etiske utfordringer i forhold til hvem og hvordan slik overvåkning skal gjøres og det kommer til å sette våre tanker om personvern på prøve. For sykehuset vil vi igjen bli utfordret på ny kompetanse, både i forhold til de tradisjonelle helseprofesjonene, men vi vil også måtte skape plass for nye profesjoner som tradisjonelt ikke har hatt stor plass i helsevesenet. Feltet medisinsk genetikk er i rivende utvikling, det er et fagfelt hvor mye kan ligge til rette for å samarbeide med andre næringer innenfor landbruk eller havbruk, samtidig som de etiske utfordringene ligger i kø. Helgelandssykehuset er nødt til å ha egen kompetanse innenfor genetikk og DNA-teknologi og medisinsk etikk.

Sett i perspektiv av 2025-prosessen er det to viktige budskap. Vi vil over tid kunne desentralisere diagnostikk og behandling og virkelig bli i stand til å bringe sykehuset til pasienten. I mange alvorlige og tidskritiske hendelser vil vi både kunne stille diagnose og behandle «på stedet» i langt større grad enn i dag. Vi vil også med større presisjon kunne selekttere riktig behandlingsnivå. Det vil bety færre stopp på lokalsykehus før overføring til høyere nivå. Vi må også ta høyde for at vi vil kunne få behandlingstilbud lokalt som styres av eksperter sentralt. Helgelandssykehuset har allerede vurderer fjernstyrt CT i forbindelse med DMS Brønnøysund.

Ny teknologi stiller krav til bygg og struktur, men i enda større grad stiller det krav til kompetanse og investeringsevne. Det betyr av Helgelandssykehuset må ta et bevisst valg i forhold til hvor stor del av vår økonomiske bærekraft som bør bindes opp i gjeld. Vi må ikke

sette oss i en situasjon hvor vi blir sittende å se på en medisinsk revolusjon vi ikke kan delta i på grunn av manglende økonomisk handlefrihet.

#### **Administrerende direktørs vurdering:**

Ny teknologi bidrar til at diagnostikk og behandling kan desentraliseres eller sentraliseres alt etter hva som er pasientens behov og best å gjøre medisinsk. Det støtter opp under anbefalt løsning. Den teknologiske utviklingen åpner for økt presisjon i selekteringsarbeidet opp mot behandlingsnivå lokalt, regionalt og nasjonalt. Helgelandssykehuset må ha økonomisk handlingsrom for satsing på teknologi, noe anbefalt løsning vil gi.

### 4.12 Samfunnsmessige konsekvenser

*Dette kapitlet bygger på samfunnsanalysen utført av Menon Economics (4)*

Samfunnsanalysen utført av Menon beskriver mulige samfunnsmessige konsekvenser av ulike sykehusmodeller. Mandatet setter en ramme for analysen: *Formålet med samfunnsanalysen er å bringe frem forskningsbaserte vurderinger av de direkte og indirekte ringvirkninger av sykehusetableringen.* Samfunnsanalysen tar ikke hensyn til helsetilbud og pasientsikkerhet, og heller ikke økonomiske forhold til helseforetaket. Det foreligger heller ikke noen form for vektning i analysen, eller en samlet konklusjon.

Grunnlaget for analysen er data fra Helgelandssykehuset HF og Pasientreiser HF, spørreundersøkelse blant de ansatte, offentlig tilgjengelig statistikk, relevant forskningslitteratur, tidligere utredninger, høringsinnspill og intervjuer med interessenter. Rapporten er strukturert i kapitler. Styresaken trekker frem noen momenter i samfunnsanalysen som vi mener er av spesiell betydning for de ulike alternativene under hvert kapittel:

1. Befolkning, pendling og arbeidsmarkedene
  - Reduksjon i antall årsverk antas til å være ti prosent med en to-sykehusmodell, og 20 prosent med ett stort sykehus
  - Jo mer spesialisert man er, jo mer sannsynlig er det at man flytter – både etter jobben og vekk fra Helgeland
  - Pendlervilligheten varierer mellom byene, og pendling vil avta over tid som følge av naturlig avgang
  - Rekruttering kan være noe lettere i Mo i Rana som følge av flere partnerarbeidsplasser og sykepleierutdanningen ved Campus Helgeland
  - Ett stort akutt sykehus vurderes å være mer rekrutterende enn en to-sykehushøstning
  - Omegnsalternativet innebærer at flere ansatte må pendle, og det vil vanskeliggjøre rekruttering ettersom muligheten til å bo sentralt og ha kort arbeidsvei virker å være viktig for mange
2. Lokale næringslivseffekter

- Det er lite sannsynlig at sykehuslokalisering vil påvirke eksisterende bedrifters lokaliseringsvalg
  - Næringslivet i Sandnessjøen vil oppleve størst negativ virkning hvis ett stort sykehus legges til Mo i Rana, mens en to-sykehusmodell samlet sett vil gi de minst negative endringene for det lokale næringslivet
3. Samhandling med, og rekruttering i, primærhelsetjenesten
    - En to-sykehusløsning vil gi en mer krevende samhandling enn ett stort sykehus.
    - En to-sykehusløsning kan redusere primær- og kommunehelsetjenestens utfordringer med rekruttering
    - Økt avstand til sykehuset vil gjøre det mer krevende å rekruttere fastleger
    - DMS med akuttfunksjoner kan avlaste primær- og kommunehelsetjenesten
    - Omegnsalternativet innebærer liten endring i kommunenes rekrutteringsevne
  4. Annet offentlig tjenestetilbud
    - Tap av sykehus vil være tyngre for kommuneøkonomien i Vefsn og Alstahaug enn for Rana
  5. Samhandling med forskning og utdanning
    - Økt avstand til utdanningsinstitusjoner (Campus Helgeland) kan ha negativ effekt på rekruttering av studenter
    - Økt avstand kan ha negativ effekt på forskning med aktører utenfor Helgelandssykehuset, men gode kommunikasjonsmuligheter (IKT og flyplass) er viktig uavhengig av plassering av sykehus
  6. Boligmarkedet, reisetider og klimagassutslipp
    - Sandnessjøen kan forvente størst fraflytting og lavere omløp av boliger ved tap av sykehus
    - Behovet for utbygging av boliger blir større ved en lokalisering i Mosjøen eller Sandnessjøen enn i Mo i Rana
    - To-sykehusmodellen gir kortest reisetid for pasienter
    - Lokalisering i Mo i Rana gir kortest reisevei for de ansatte ved en-sykehusløsningen
    - Lokalisering i Mosjøen gir kortest reisevei for pasienter ved en-sykehusløsningen
  7. Samfunnsikkerhet og beredskap
    - Ikke forskjeller av avgjørende betydning mellom ulike konseptalternativer, verken for samfunn eller enkeltaktører

Samfunnsanalysen viser overordnet at de ulike konseptene gir betydelig behov for nyrekruttering, og at en del ansatte vil si opp dersom arbeidsplassene deres flyttes. Behovet for nyrekruttering blir størst ved etablering av ett stort akutt sykehus, og større dess færre ansatte Helgelandssykehuset har i valgte lokasjon. Som en konsekvens av disse forholdene vil Mo i Rana, i kraft av sin størrelse, være noe lettere å rekruttere til enn Mosjøen og

Sandnessjøen. Campus Helgeland styrker denne effekten, men fordelene kan reduseres hvis utdanningstilbudet endrer seg eller flyttes.

På grunn av størrelsen og bredden på fagmiljøet, og redusert vaktbelastning, er en-sykehusløsning å foretrekke for ansatte. For pasientene vil en to-sykehusløsning være det beste når det gjelder reisetid, mens Mosjøen vil gi lavest reisetidsøkning for pasientene hvis ett sykehus velges. De ansatte får kortest reisetid ved ett sykehus i Mo i Rana, og det gir trolig lavest samlet reisetid (ansatte pluss pasienter). Samling av aktivitet vil innebære økt klimautslipp som følge av økt persontransport, der det spesielt er endringer i pasientenes reiseavstand som driver klimagassutslipp.

Alle sykehusmodellene som er utredet innebærer en økning i transportbehovet, der noen pasientgrupper må reise lengre for å få sin behandling. Dette representerer et dilemma ved endring av struktur og lokalisering. Ulike hensyn må avveies, og det vil legges en skjønnsmessig helhetsvurdering til grunn der samfunnsanalysen gir viktige perspektiv.

De samfunnsmessige konsekvensene og vurdering av avbøtende tiltak for disse bør vurderes i den videre prosessen i tråd med veilederen for sykehusprosjekter. For Alstahaug kommune/Sandnessjøen har tap av sykehus den største negative virkningen ved valg av en-sykehusmodell, mens to-sykehusmodellen gir minst negativ virkning. En to-sykehusmodell med et sykehus i Leirfjord vil gi en lavere negativ effekt for Sandnessjøen, og noe høyere negativ effekt for Mosjøen. Bortfall av sykehus i Mosjøen og Sandnessjøen i en en-sykehusmodell vil være tyngre å bære for Alstahaug og Vefsn som kommuner, enn for Rana på grunn av allerede trangere kommuneøkonomi.

#### **Administrerende direktørs vurdering:**

Analysen viser at den anbefalte løsningen er best når det gjelder reisetid for pasientene. De negative samfunnsmessige konsekvensene for Helgeland blir minst, spesielt for Alstahaug, ved tilrådet løsning. De økte klimautslippene som det pekes på i samfunnsanalysen blir lavere med anbefalt løsning enn ved en løsning med et sentralisert sykehus.

#### **4.13 Økonomisk bæreevne**

*Analysen av økonomisk bæreevne sier noe om hvorvidt helseforetaket vil ha en driftsøkonomi i fremtiden som gjør det mulig å bære de økonomiske forpliktelsene prosjektet medfører, og samtidig opprettholde forsvarlig drift. Dette kapitlet oppsummerer investerings- og bæreevneanalysene for prosjektet Helgelandssykehuset 2025.*

I styremøte 27.03.2019, sak 27-2019, ble styret presentert økonomiske bæreevneanalyser og overordnede investeringsanalyser for foretaket, utført av Deloitte.

ÅF Advansia ble etter dette engasjert for å gjøre en vurdering av økonomiske parametere og beregningsmodell lagt til grunn for analysene. ÅF Advansia kommenterte noen mindre forhold, men konkluderte med å stille seg bak de foretatte analysene. De forholdene de valgte å kommentere var ikke av en slik størrelsesorden at bæreevneanalysens konklusjoner endres nevneverdig.

Etter at antall alternativ nå er noe endret og innholdet i enkelte alternativer også er noe justert, er det foretatt oppdaterte investerings- og bæreevneanalyser. Analysene er foretatt etter samme metodikk og prinsipper som ble lagt til grunn i de tidligere arbeidene.

Av endringer som er gjort siden de tidligere analysene ble foretatt, bør det fremheves at det nå er foretatt noen estimater relatert til pasienttransport. I de tidligere analysene var det kun tatt inn eksempler på hvordan et estimat for økt ambulansetransport ville slå ut i de ulike alternativene. Helgelandsykehuset har nå utarbeidet noen overordnede estimater både for fremtidig ambulansetransport og pasienttransport. Det bør presiseres at dette kun er overordnede estimater da presisjon i denne type analyser fordrer at fremtidig funksjonsfordeling mellom sykehus og DMS-er/DPS-er er nærmere klarlagt. Disse estimatene vil være gjenstand for mer nøyaktige beregninger i senere faser i planarbeidet.

Videre er det foretatt en korleksjon som følge av at forventet effekt av det planlagte regionale innkjøpsprosjektet er noe nedjustert. Tidligere var det antatt at dette prosjektet ville medføre en økt økonomisk bæreevne på 500 millioner kroner. Dette er nå, noe mer nøkternt, satt til 250 millioner kroner.

Tabellen nedenfor oppsummerer reviderte estimater for total bæreevne per alternativ. Estimaten indikerer at fremtidig sykehusstruktur med ett stort akuttsykehus og tre DMS (alternativene 2a) på det meste har en bæreevne på omtrent 2 800 millioner kroner. Alternativ med ett stort akuttsykehus i kombinasjon med ett akuttsykehus (alternativene 2b-1) har en bæreevne på omtrent 2 300 millioner kroner.

	0-alt	Alt 2a (1)	Alt 2a (2)	Alt 2a (4)*	Alt 2b-1 (1)	Alt 2b-1 (2)	Alt 2b-1 (6)**
<b>Estimat total bæreevne (sak 27-2019)</b>	<b>2 200</b>	<b>3 200</b>	<b>3 200</b>	<b>3 200</b>	<b>2 700</b>	<b>2 700</b>	<b>2 700</b>
Effekt nedjustert besparelse regionalt prosjekt innkjøpskostnader	-250	-250	-250	-250	-250	-250	-250
Effekt av prehospital pasienttransport		-350	-300	-150***	-200	-150	-150
<b>Revidert estimat total bæreevne</b>	<b>1 950</b>	<b>2 600</b>	<b>2 650</b>	<b>2 800</b>	<b>2 250</b>	<b>2 300</b>	<b>2 300</b>

Beløp i mnok

\*) Dette alternativet var ikke beregnet i styresak 27-2019. Tilsvarende forutsetninger ved beregning av bæreevne som for 2a-alternativer er benyttet

\*\*) Dette alternativet var ikke beregnet i styresak 27-2019. Estimat driftsgevinster for Somatikk, PHV og rus, samt Prehosp. og pasienttransport for alt. 2b-1(6) er vurdert til å overordnet tilsvare alt. 2b-1(2)

\*\*\*) Nettoeffekt prehospital pasienttransport: Reduserte driftskostnader for alt 2a(4) sammenlignet med alt 2a(1) og 2a(2) på grunn av at behov for antall ambulanser er estimert til to stykk i alt. 2a(4) i motsetning til tre for de to øvrige. Økte driftskostnader som følge av økning årlig reiseavstand i km

Det bør videre presiseres at estimater av areal- og investeringsbehov per lokasjon kun er på et overordnet nivå i en prosjektinnrammingsfase. Foreløpige estimater indikerer at et fullstendig nybygg av ett stort akuttsykehus alene vil kreve omlag 3 500 millioner kroner i investeringskostnad uavhengig av lokasjon. Bæreevneanalysen indikerer at et slikt investeringsnivå vil utfordre helseforetakets evne til å både finansiere investeringen og håndtere gjeldsforpliktelsene etter at investeringen er gjennomført. Analysene indikerer at en kombinasjon med gjenbruk av eksisterende bygg og nybygg for deler av arealbehovet gir investeringsestimater som er innenfor helseforetakets estimerte bæreevne.



Detaljerte, alternativskillende beregninger av areal- og investeringsbehov med kombinasjon av teknisk oppgradering, funksjonell ombygging til moderne standard og nybygg krever inngående vurderinger per lokasjon og tiltenkt sykehustype/funksjonsinnhold. Slike vurderinger gjøres i starten av konseptfasen.

I tabellen nedenfor er vurdering av egenfinansieringskravet og bæreevne oppsummert:

Alt.	Vurdering av finansieringssevne			Vurdering av bæreevne		
	(1) Egenfinansieringskrav	(2) Estimert finansieringssevne	(2)-(1) Rest. finansieringssevne <sup>1</sup>	(3) Estimert investeringskostnad	(4) Estimert bæreevne	(4)-(3) Resterende bæreevne <sup>1</sup>
<b>0-alt.</b>	145	460	<b>315</b>	730	1 950	<b>1 220</b>
<b>2a (1)<sup>2</sup></b>	335	470	<b>135</b>	1 685	2 600	<b>915</b>
<b>2a (2)<sup>3</sup></b>	410 / 720	480 / 515	<b>70 / -205</b>	2 055 / 3 595	2 650	<b>595 / -945</b>
<b>2a (4)<sup>4</sup></b>	535	480	<b>-55</b>	2 670	2 800	<b>130</b>
<b>2b-1 (1)<sup>2,5</sup></b>	245 / 440	470 / 510	<b>225 / 70</b>	1 230 / 2 200	2 250	<b>1 020 / 50</b>
<b>2b-1 (2)<sup>2,3</sup></b>	290 / 595	480 / 515	<b>190 / -80</b>	1 440 / 2 980	2 300	<b>860 / -680</b>
<b>2b-1 (6)<sup>2</sup></b>	485	530	<b>45</b>	2 415	2 300	<b>-115</b>

Alternativ	SA A DMS			
	MiR	SSJ	MSJ	LeF
0-alt.				
2a (1)				
2a (2)				
2a (4)				
2b-1 (1)				
2b-1 (2)				
2b-1 (6)				

DMS Brønnøysund inkludert i alle alternativer  
LeF = Leirfjord

Beløp i mnok. Alle alternativ muliggjør sentralisering av sykehussenger psykiatri og rus

1) Positivt sort tall: krav til finansierings-/bæreevne er oppfylt. Negativt rødt tall: krav til finansierings-/bæreevne er ikke oppfylt

2) Det igangsatt 1 000 kvm nybygg i MiR som er planlagt ferdigstilt i 2021. Dersom disse arealene kan integreres i fremtidig stort akuttsykehus kan nybyggkostnader for MiR reduseres med ca. 100 mnok. Tilsvarende kan kostnader for teknisk oppgradering reduseres med ca. 10 mnok i alternativ 2b-1(2) med MiR som akuttsykehus

3) Dersom fremtidig arealbehov ved SSJ blir større enn plass ved dagens tomt eller at tomtens form gjør den uegnet til et større sykehusbygg antas ny tomt og fullstendig nybygg. Tall for dette scenarioet er angitt etter skilletegn

4) Dersom dagens bygg for psykisk helse og rus i Mosjøen videreføres vil egenfinansieringskravet reduseres som følge av lavere investeringskostnad. Derimot vil også estimert salgsinntekt for disse byggene falle bort

5) Alternativet er også estimert med scenario der akuttsykehuset i SSJ bygges på ny tomt med fullstendig nybygg. Estimater for dette scenarioet er angitt etter skilletegn

Som det fremkommer av tabellen ovenfor, varierer estimerte investeringskostnader fra ca. 730 millioner kroner til ca. 3 600 millioner kroner. Alternativ med videreføring av eksisterende bygg har lavest investeringsestimater, mens alternativ med størst andel nybygg har høyest investeringsestimater. Foreløpige analyser viser at Helgelandssykehuset HF ikke har tilstrekkelig økonomisk bæreevne eller egenfinansiering til å bygge et stort akuttsykehus med fullt nybygg på ny tomt. Velger man å se bort fra 0-alternativet, kommer alternativ 2b-1(1) med utstrakt videreføring av eksisterende bygg både i Mo og Sandnessjøen, best ut fra et økonomisk perspektiv. Deretter følger alternativene 2a(1), 2b-1(2) og 2a(2), der de to sistnevnte forutsetter utvidelse på eksisterende tomt. Alternativet 2b-1(1) med helt nytt akuttsykehus i Sandnessjøen estimeres imidlertid til å kreve investeringer så nært bæreevnen at det i begrenset grad ivaretar behov for usikkerhetsavsetninger og andre investeringsbehov.

Det bør påpekes at det vil kunne være betydelig risiko knyttet til byggearbeid tett på eksisterende drift. Videre vil utstrakt videreføring og teknisk oppgradering av eksisterende bygg ikke nødvendigvis gi like god funksjonalitet og fremtidig levetid som alternativ med betydelig nybygg. Dette vil i særlig grad gjelde 0-alternativet.

Videre presiseres at analysene er sensitive for endringer i forutsetningene som er lagt til grunn. Det presiseres at i en prosjektinnrammingsfase er perspektivet overordnet, noe som også gjelder de økonomiske analysene. Analysene bearbeides videre i senere faser av planarbeidet.

Presentasjon av den oppdaterte detaljerte investerings- og bæreevneanalysen følger i eget vedlegg (30).

#### 4.14 Miljø, klima og samfunnssikkerhet

*Helgelandssykehuset har innført miljøledelse og er sertifisert etter ISO 14001:2015. Dette innebærer at miljø skal være en del av grunnlaget for alle beslutninger. Dette kapitlet bygger på Helgelandssykehuset miljøstyringssystem, samfunnsanalysen (4) og tidligfaseveilederen (6).*

Et målretta miljøarbeid er en viktig del av spesialisthelsetjenestens samlede samfunnsansvar. Mange miljø- og klimatiltak kan gi positive helseeffekter. Miljøledelse betyr at vi arbeider systematisk med å redusere energiforbruk og utslipp. Målet om å redusere utslipp og energiforbruk krever tiltak innen transport, bygg, avfalls- og kjemikaliehåndtering.

Hovedpunktene i miljøpolitikken til Helgelandssykehuset er:

- Miljøbevisste ansatte
- Ha et klart bilde av miljøpåvirkningene
- Redusere miljøskadelige utslipp
- Miljøfokus ved produktvalg
- Redusere energiforbruket
- Redusere transportbehovet

For Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen ligger det godt til rette for å få til aktiv transport (bruk av egen kropp), da forholdene ligger til rette for at flere kan sykle og gå til sykehuset. Utenfor regionsentrene er befolkningen vesentlig lavere enn i byene, og det er da langt færre som kan gå eller sykle til et sykehus eller et DMS. Bilbruken vil øke og det er mange flere som får lengre pendlevei. De fleste reiser til/fra et sykehus gjøres av ansatte, så i forhold til klimautslipp er dette negativt.

Transport er den største kilden til klimagassutslipp i Norge, og står for 30 prosent av utslippene. Når det gjelder transport vil lokasjon ha betydning på hvor mye transport som vil være nødvendig både i byggefasen og driftsfasen, og vil ha påvirkning på klimagassutslippet. Bli transportavstanden lang for materialer, varer, pasienter, ansatte osv. vil også transportbehovet bli større.

Med ambisjonen om å begrense klimaavtrykket ved omstruktureringen, vil det oppstå behov for endringer i infrastruktur for å tilrettelegge for klimavennlig transport av ansatte,

pasienter og pårørende. Når det gjelder ansattreiser vil dette hovedsakelig dreie seg om utbedringer av det sentrumsnære kollektivtilbudet, gang- og sykkelstier.

Menon finner at ulikheten i klimagassutslipp mellom konseptene er relativt liten. Forskjellen utgjør 37 tonn per år mellom to-sykehusmodellene i konsept 2b-1 (2)s favør, mens ved valg av en ettskyehusløsning er klimagassutslippene henholdsvis 127 og 84 tonn lavere dersom sykehuset lokaliseres i Mosjøen sammenliknet med Mo i Rana og Sandnessjøen. Menon mener det er to årsaker til at utslippene ikke blir lavest for konseptet som innebærer ett stort sykehus i Mo i Rana, til tross for at den totale endringen i reisetid er lavest i dette konseptet. For det første er beregningene basert på dagens reisemiddelfordeling. Ettersom vi finner at en relativt høy andel av ansatte benytter seg av aktiv transport på sykehusreiser, mens vi antar at ingen pasienter gjør det, er det endringer i pasientenes reiseavstand som driver klimagassutslippene. For det andre er endringene i klimagassutslipp basert på endringer i reiseavstand i kilometer, ikke reisetid i timer.

Menon påpeker at det ikke er mulig å analysere eventuelle endringer i klimagassutslipp fra transportsektoren uten først å analysere eventuelle endringer i transportbehovet.

I ROS analysen er to-sykehusmodellen vektet med lavere klimaavtrykk enn med ett sykehus på grunn av redusert transportmengde. Videre vil et sykehus lokalisert i et regionsenter ha lavere klimaavtrykk enn et tilsvarende lokalisert i ytterkanten av omegns-begrepet, det vil si inntil 20 minutters kjøring fra bysentrum.

Å bygge nytt fremfor å rehabilitere vil stort sett alltid ha et større klimagassutslipp enn det å rehabilitere eksisterende bygg. Dette henger blant annet sammen med at betong er en stor bidragsyter på klimagassutslipp, og ved rehabilitering vil behovet for å produsere ny betong være vesentlig mindre enn ved nybygg. Det gjelder også en del andre materialer, og er en av hovedgrunnene til at man i stadig større grad forsøker å beholde eksisterende bygningsmasse fremfor å bygge nytt. Ulempen med dette er at eldre bygg gjerne er mindre fleksible og ikke like godt egnet for moderne praksis og teknologi.

Når man skal velge lokasjon for sykehuset bør man også, i et klimaperspektiv, tenke på å plassere det et sted hvor infrastrukturen allerede er godt utbygget. Dette gjelder veier, men også teknisk infrastruktur. Å unngå å måtte bygge ut store deler av infrastrukturen vil være fordelaktig både i et økonomisk perspektiv og i et klimaperspektiv. Det vil også være en fordel å etablere sykehuset i et område hvor man lett vil ha tilgang på fornybar energi.

AS Bygghanalyse har gjort en rask og overordnet vurdering av hvordan CO<sub>2</sub>-utslippet vil variere mellom nybygg, full rehabilitering, innvendig rehabilitering og lett oppussing for et helsebygg i østlandsområdet. Denne grove vurderingen viser at nybygget har omtrent dobbelt så høyt CO<sub>2</sub>-utslipp som full rehabilitering vil ha. Likevel må det understrekes at i en full rehabilitering er sannsynligheten for at det blir noe påbygg stor, og da vil klimautslippet øke. Dette er ikke synliggjort i tabellen som er ment å illustrere et spenn for sannsynlig CO<sub>2</sub>-utslipp for et helsebygg i østlandsområdet.

Konto 01 - 06	Nybygg CO2-ekvivalenter pr. m2 BTA	Full rehabilitering CO2-ekvivalenter pr. m2 BTA	Innvendig rehabilitering CO2- ekvivalenter pr. m2 BTA	Lett oppussing CO2-ekvivalenter pr. m2 BTA
Helsebygg	350 - 400	100 - 150	60 - 90	30 - 50

*Sannsynlige verdi for CO2-utslipp pr. m2 BTA ved ulik grad for bygging og rehabilitering*

### **Samfunnsikkerhet**

Ved å desentralisere sykehuset slik at Helgelandssykehuset nå har fire lokasjoner med to kirurgiske enheter har foretaket også planlagt med tanke på at samfunnets grunnforutsetninger kan endres raskt. Helgelandssykehuset vil kunne opprettholde store deler av virksomheten selv om tilgangen til deler av tjenesten reduseres på grunn av plutselige og uforutsette hendelser, og vil raskt kunne bygge opp kapasitet dersom Helgelandssykehuset skulle komme i en situasjon hvor nasjonens sikkerhet trues av ekstreme og uønskede hendelser.

### **Administrerende direktørs vurdering:**

Et målrettet miljøarbeid er en del av spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar. Administrerende direktør har sett på det totale transportbehovet ved de ulike løsningene. En løsning med ett sykehus vil øke transportbehovet, det samme vil en løsning i omegn. To-sykehusløsningen gir lavere økning i totale utslipp enn konseptene med ett sykehus. Lokalisering i by legger til rette for at ansatte kan benytte seg av kollektivtransport eller gå/sykle til jobb. Administrerende direktør merker seg også at klimagassutslipp er vesentlig høyere ved nybygg enn ved rehabilitering av bygg. Ytterligere vurderinger rundt løsningens klima- og miljøavtrykk vil bli gjort i konseptfasen.

### **4.15 Lokalisering statlige arbeidsplasser**

*Dette kapitlet bygger på kommunal- og moderniseringsdepartementets (KMD) retningslinjer for lokalisering av statlige arbeidsplasser (17)*

Retningslinjene for lokalisering av statlige arbeidsplasser ble oppdatert 8. november 2019. Helgelandssykehuset er ikke pålagt å følge disse, men verktøyet og de kriterier som er lagt til grunn i retningslinjene er relevante for helseforetak og Helgelandssykehuset. Administrerende direktør har derfor valgt å bruke dette verktøyet i arbeidet med å kartlegge virkninger og konsekvenser av lokaliseringsvalget.

For å rangere alternativer ber KMD utreder om å vurdere både vilkår for lokalisering basert på virksomhetens behov og vilkår basert på lokaliseringspolitiske mål etter en mal med forhåndsdefinerte kriterier og statistikk fra SSB. Hvordan disse to hensynene skal vurderes mot hverandre er hovedsakelig et politisk spørsmål, men også et spørsmål om i hvilken grad utreder ønsker å vektlegge de samfunnsmessige konsekvensene i strukturendringen.

Det er gjort en forenklet vurdering av lokalisering av et stort akuttsykehus på Helgeland basert på dette verktøyet. Enkel argumentasjon for poenggivningen innenfor hvert kriterium er gitt nedenfor.

	Vekt	MIR	Vektet poeng	MSJ	Vektet poeng	SS	Vektet poeng
<b>Rangering 1</b>	<b>A) Vilkår for lokalisering basert på sektorens/virksomhetens behov + B) Kostnadseffektivitet</b>						
	30 %	4	1,2	5	1,5	3	0,9
Krav til nærhet til brukere av tjenester*	40 %	5	2,0	3	1,2	4	1,6
Kompetansekrav til de som skal utføre arbeidsoppgavene	20 %	5	1,0	4	0,8	3	0,6
Krav til infrastruktur, nærhet til fagmiljø, offentlige myndigheter etc**	10 %	5	0,5	3	0,3	3	0,3
Kostnadseffektivitet og effektiv oppgaveløsning	100 %						
Samlet vektning							
<b>Samlet score for lokalisering basert på sektorens/virksomhetens behov og kostnader.</b>			<b>4,7</b>		<b>3,8</b>		<b>3,4</b>
<b>Rangering 2</b>	<b>C) Vilkår for lokalisering basert på lokaliseringspolitiske mål</b>						
i. Antall sysselsatte i arbeidsmarkedet - se fane 2 (lite marked gir høyere score)	40 %	2	0,8	4	1,6	5	2,0
ii. Endring i antall sysselsatte i arbeidsmarkedsregionen over 3 år - se fane 2 (liten vekst eller nedgang gir høyere score)	30 %	4	1,2	2	0,6	5	1,5
iii. Andel statsansatte i arbeidsmarkedsregionen - se fane 2 (lav andel gir høyere score)	20 %	4	0,8	5	1,0	4	0,8
iv. Endring i statlig sysselsetting over tid - se fane 2 (lav vekst gir høyere score)	10 %	1	0,1	3	0,3	5	0,5
Samlet vektning	100 %						
<b>Samlet score for lokalisering basert på lokaliseringspolitiske hensyn</b>			<b>2,9</b>		<b>3,5</b>		<b>4,8</b>

*Tabellen ligger også vedlagt (18)*

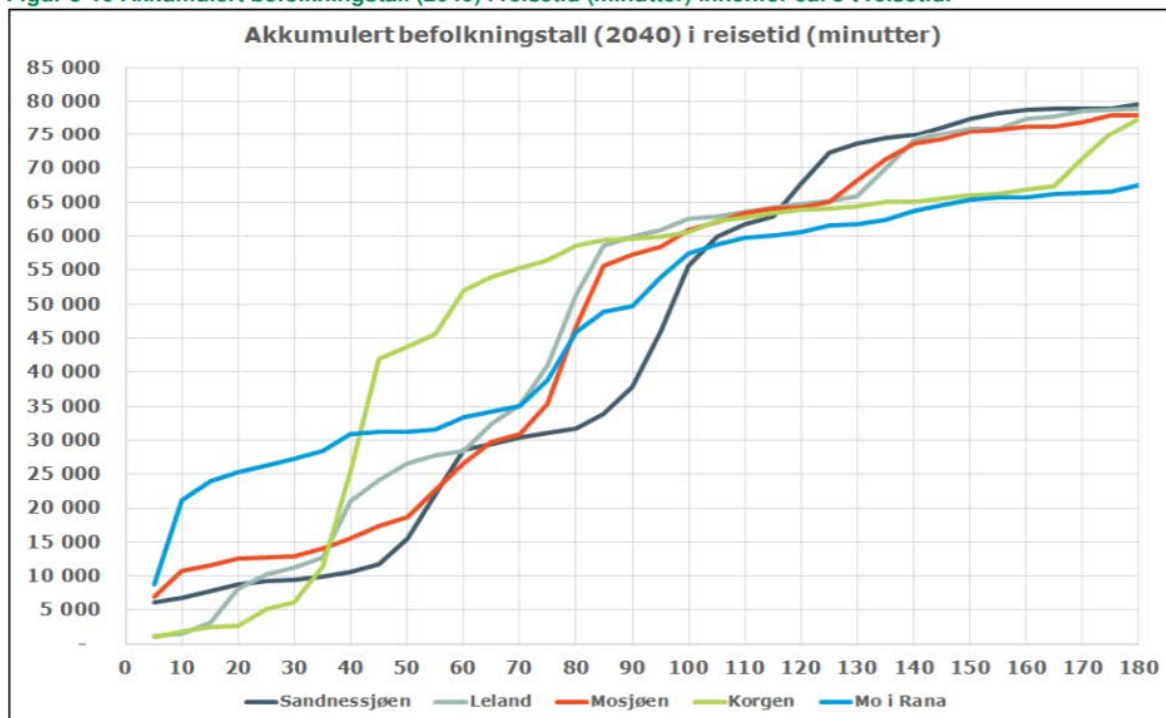
### **Vilkår for lokalisering basert på virksomhetens behov (rangering 1)**

#### **Krav til nærhet til brukere av tjenester**

Helgelandssykehusets virksomhet fordrer høy grad av fysisk nærhet til brukerne. Den forhåndsdefinerte vektningen på 10 prosent er derfor økt til 30 prosent.

Det er gjort flere beregninger for å finne ut hvilken lokalisering som totalt sett gir gjennomsnittlig kortest reisetid og reisevei til sykehuset når man ser hele befolkningen på Helgeland under ett. Beregningene er gjennomført på forskjellige måter med ulike forutsetninger og gir derfor også noe ulike svar. Vektete gjennomsnittsbetraktninger gir forskjeller som etter den eksterne ressursgruppens vurdering er av en størrelsesorden som ikke kan tillegges avgjørende vekt (2)

Figur 3-10 Akkumulert befolkningstall (2040) i reisetid (minutter) innenfor ca. 3 t reisetid.



Figuren er basert på beregnede kjøretider for dagens veinett (ubelastet veinett i RTM) kombinert med manuelt vurderte reisetider på relasjoner med bruk av båt.

I forbindelse med utredning av alternativer kartla Cowi og WSP (19) i 2017 reisetider for en fremskrevet befolkning i 2040 reisetid til ulike sykehuslokaliseringer innenfor ca. 3 timers reisetid. Figuren viser et skjæringspunkt mellom MIR og MSJ på 80 min og mellom MIR og SS på 100 min. Også Cowi/WSP påpeker at det er relativt liten forskjell mellom de ulike lokaliseringene i forhold til hvor stor andel av befolkningen på Helgeland som kan nås, særlig i forhold til lengste reisetidene.

Menon sier i sin analyse at to-sykehusmodellen gir kortest reisetid for pasienter. Lokalisering i Mo i Rana gir kortest reisevei for de ansatte ved en-sykehusløsningen og lokalisering i Mosjøen gir kortest reisevei for pasienter ved en-sykehusløsningen. Beregningene er altså gjennomført på forskjellige måter med ulike forutsetninger og gir derfor også noe ulike svar. I vurderingen basert på de statlige retningslinjene er det vektlagt at Mosjøen møter dette kriteriet best som følge av sin geografiske beliggenhet. Deretter kommer Rana og så Sandnessjøen.

### Kompetansekrav til de som skal utføre arbeidsoppgavene

Sykehus har behov for høyt spesialiserte medarbeidere innen en rekke profesjoner. Det nye store akutt sykehuset vil konkurrere om arbeidskraften med andre sykehus i Norge og andre land samt med primærhelsetjenesten. Tilstrekkelig tilgang på kvalifisert arbeidskraft må derfor være et viktig kriterium ved valg av lokalisering av sykehus, på samme måte som det er for andre virksomheter (3).

Kompetansen er den største verdien i et sykehus. I forhold til vurderinger av muligheter til å beholde kompetanse i virksomheten etter endring og mulighet for å rekruttere ny relevant kompetanse er Rana vektet høyes, deretter Sandessjøen foran Mosjøen på grunn av et større og bredere eksisterende fagmiljø i Sandnessjøen. Dette reduserer risikoen for å miste eksisterende personell i interimperioden før ny sykehusstruktur er realisert og i etableringsfasen av den nye strukturen.

#### **Krav til infrastruktur, nærhet til andre typer fagmiljø, offentlige myndigheter etc.**

I tabellen er sykehusets behov for infrastruktur og nærhet til andre aktører vektet med 20 prosent. I vurderingen er stedets transportmuligheter med kollektivtrafikk, bil, tog, buss, fly etc. til viktige fagmiljøer, utdanningsinstitusjoner og samarbeidspartnere/myndigheter vurdert. Rana møter dette kriteriet best, deretter Mosjøen og så Sandessjøen.

#### **Kostnadseffektivitet og effektiv oppgaveløsning**

Kostnadseffektivitet og bærekraft er omtalt mer detaljert i 4.6. Her er bygningsmessige vurderinger, endrings- og omstillingskostnader og ekstra personellkostnader ved endring av struktur vurdert. Rana møter dette kriteriet best. Mosjøen og Sandnessjøen er vurdert likt på dette kriteriet.

#### **Vurderinger ut fra lokaliseringspolitiske mål**

Ved oppretting av nye eller ved omlokalisering av statlige virksomheter, skal det legges vekt på lokalisering i regionale sentra der virksomheten har størst potensial for å bidra til det lokale tilbudet av arbeidsplasser. Ved strukturendringer bør utreder også vurdere om det er mulig å opprettholde flere lokasjoner for å ivareta lokaliseringspolitiske mål. Ut fra lokaliseringspolitiske mål skal utreder vurdere hvilken effekt en etablering/flytting av statlig virksomhet kan ha på de ulike stedene som vurderes, i form av omfang og variasjon i det lokale tilbudet av arbeidsplasser.

I rangering etter lokalpolitiske mål så skal den forhåndsutfylte vektingen brukes. Poenggingningen bygger på vedlagte tabell beregnet av KMD på bakgrunn av registerbaserte sysselsettingstall i SSB tabell 07979 per mai 2019. Antall sysselsatte i arbeidsmarkedet, endring i antall sysselsatte i arbeidsmarkedsregionen over tid, andel statsansatte i arbeidsmarkedsregionen og endring i andel statsansatte over tid vurderes. Liten/lav vekst/andel gir høyere score.

#### **Administrerende direktørs vurdering:**

Basert på disse kriteriene kommer Rana best ut for lokalisering av et stort akutt sykehus. Dette stemmer overens med den eksterne ressursgruppas konklusjon. I vurderingen etter de statlige retningslinjene kommer Mosjøen svakt bedre ut enn Sandnessjøen. Den eksterne ressursgruppen falt ned på Sandnessjøen som alternativ til Mo på grunn av et større og bredere eksisterende fagmiljø i Sandnessjøen. Dette reduserer risikoen for å miste eksisterende personell i interimperioden før ny sykehusstruktur er realisert og i etableringsfasen av den nye strukturen. I tillegg er nok tilgjengeligheten tillagt mer vekt i denne analysen enn hva den eksterne ressursgruppen gjorde.

Rangeringen ut fra lokaliseringpolitiske mål får motsatt rangering enn rangeringen basert på virksomhetens behov. Denne rangeringen stemmer også overens med Menons samfunnsanalyse som beskriver at de negative samfunnsmessige konsekvensene vil være størst i Sandnessjøen hvis ett stort sykehus legges til Mo i Rana.

Veilederen til retningslinjene om lokalisering av statlige arbeidsplasser ber utreder å vurdere om det er mulig å opprettholde flere lokasjoner for å ivareta lokaliseringpolitiske mål. Menon påpeker videre at en to-sykehusmodell samlet sett vil gi de minst negative endringene for det lokale næringslivet. Dersom man ønsker å minimere det verste utfallet for den regionen som kommer dårligst ut med tanke på direkte sysselsettingseffekter i næringslivet, påpeker Menon at det beste konseptet er 2b-1 (1), hvor man deler sykehuset mellom Mo i Rana og Sandnessjøen. I dette konseptet er det Mosjøen som kommer dårligst ut, med en reduksjon i direkte sysselsatte i næringslivet på 15 ansatte.

## **5. Prosessen tilknyttet Helgelandssykehuset 2025**

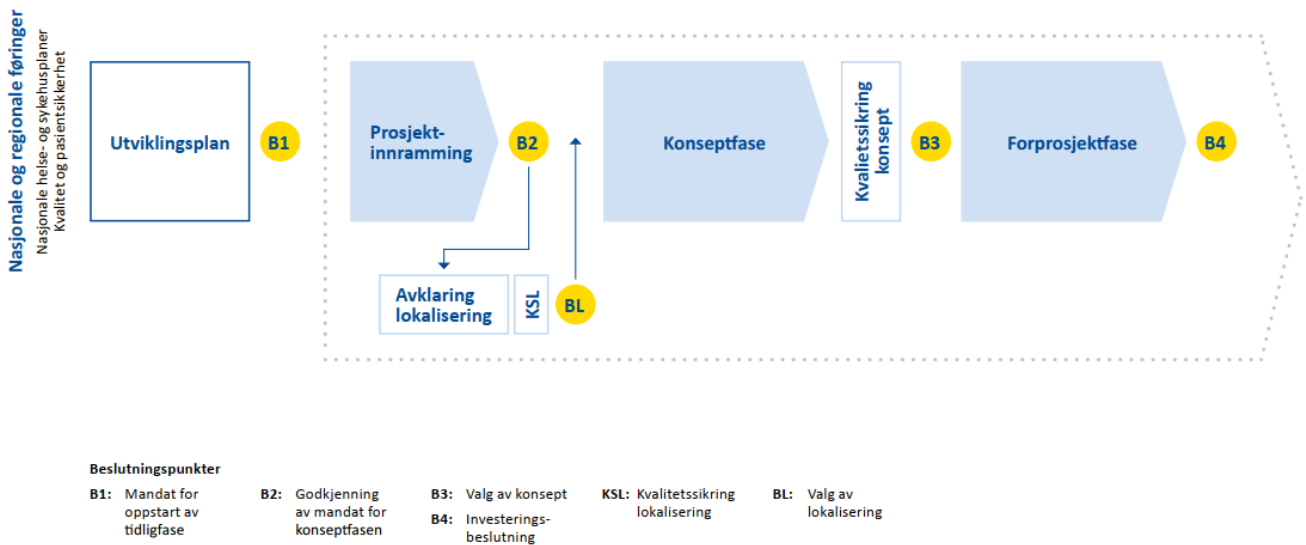
### **5.1 Tidligfaseveilederen for sykehusbygg (6)**

Bruken av Veileder for tidligfasen i byggeprosjekter er gjort obligatorisk for alle investeringsprosjekter over 500 mill. kroner gjennom vedtak i foretaksmøter i de regionale helseforetakene. Veilederen har vært i bruk i sin nåværende form siden 2011. Det var Helsedirektoratet som stod som eier av denne veilederen.

Etter at Sykehusbygg HF ble opprettet i 2014, ble eierskap og forvaltning av veilederen overført til dette foretaket fra de fire regionale helseforetakene. Etter oppdrag fra foretaksmøtene i de regionale helseforetakene reviderte Sykehusbygg HF veilederen for tidligfaseplanlegging i 2017 slik at den ble mer samstemt med veileder for utviklingsplan.

Endringene har skjedd parallelt med vårt tidligfasearbeid. I styresak 14/2018 vedtok styret i Helgelandssykehuset en ny organisering av prosjektet med opprettelse av en ekstern ressursgruppe som i tråd med ny veileder med den nye fasen «Prosjekt-innramming» skulle foreslå endelig struktur og lokalisering for framtidens Helgelandssykehus.





Prosjektinnrammingen er nå gjort og styret inviteres i denne saken om å gjøre beslutning om lokalisering (BL i figuren overfor).

### Styringsgruppe og medvirkningsprosess

Prosjektet har helt siden prosjektplan 2016 hatt en styringsgruppe (20) ledet av administrerende direktør og med deltakere fra Helse Nord RHF, foretaksledelsen, foretakstillitsvalgte, konserntillitsvalgte, vernetjenesten og brukerutvalget. Aktuell sammensetning av styringsgruppen er vedlagt saken.

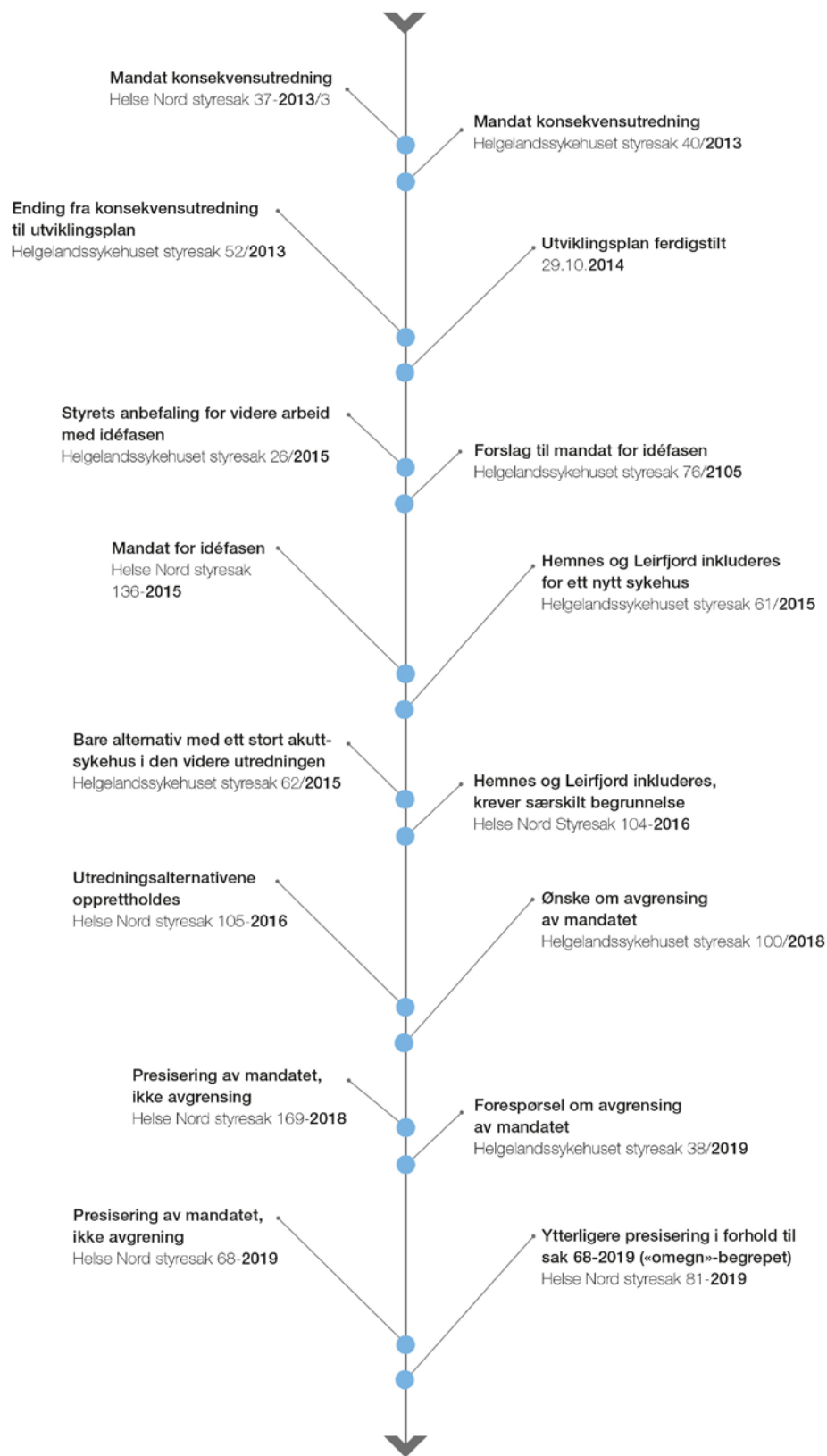
- En oversikt over drøftingsmøter med foretakstillitsvalgte og medvirkningsmøter med kommunene finnes som egne vedlegg (21, 22).

## 5.2 Endring i mandat

Mandatet til ny sykehusstruktur for Helgeland har endret seg flere ganger i løpet av prosessen (23). En oversikt over disse endringene fra oppdragsdokument 2013 frem til i dag kan ses i illustrasjonen under.

### *Oppdragsdokument 2013:*

Helgelandssykehuset HF skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste på Helgeland i samarbeid med kommunene og styrke forskning, fagutvikling og utdanning (24).



## 5.4 Historikk

Proessen med ny sykehusstruktur på Helgeland har pågått siden 2013. En redegjørelse for historikken i prosessen med referanse til styrebeslutninger med mer finnes i vedlegg 25.

## 6. Veien videre

*Dette kapitlet bygger på tidligfaseveilederen for sykehusbyggprosjekter (6)*

Etter styrebehandling av denne saken skal den oversendes til Helse Nord RHF for videre behandling og avklaring av videre saksgang. Administrerende direktør vil følge dette opp og sørge for avklaring av Helgelandssykehusets videre rolle i prosjektet.

Det pågående arbeidet med strategisk faglig utviklingsplan har vært satt litt på vent av kapasitetsmessige årsaker. Dette arbeidet vil starte opp straks etter nyår, og bli en viktig del av grunnlaget for neste fase i prosjektet - konseptfasen.



### Beslutningspunkter

**B3A:** Anbefalt alternativ for utdypning i steg 2      **B3:** Valg av konsept

I steg én av konseptfasen skal det utarbeides et hovedprogram for prosjektet. Hovedprogrammet skal klargjøre premissene ved å beskrive virksomhetsinnhold, dimensjonering, og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur.

Hovedprogrammet vil omhandle fem deler:

1. Funksjon
2. Teknikk
3. Utstyr
4. IKT
5. Rom og areal

Utarbeidelsen av hovedprogrammet følger nasjonale standarder og retningslinjer. Standardsromskatalogen som er utarbeidet fra Sykehusbygg HF vil gi grunnlag for programmet.

I funksjonsdelen av hovedprogrammet beskrives de forskjellige områder av virksomheten med aktivitet, kapasitet, nærhetsbehov og logistikk for pasient-, personal- og vareflyt. Konseptfasen vil også omfatte vurdering av plassering av bygg på tomt(er). Etter at program med nærhetsbehov og logistikk-krav er utarbeidet og kvalitetssikret utvikles en overordnet skisse for valgt struktur. Skissene skal inneholde et overordnet nærhetsdiagram, fotavtrykk, funksjonsareal, samt plassering av bygg på tomt(er).

Med bakgrunn i konseptskissene gjøres en utredning som beskriver utbyggingsmodell og kostnadsramme for nybygg på de eventuelle respektive tomter på det konseptet som er besluttet i Helse Nord RHF.

Utredningen av utbyggingsmodell og kostnadsramme skal beskrive:

- Framdrift
- Årlig investeringspådrag
- Rokadebygging og ev. behov for midlertidig arealer ved nybygging på eksisterende tomt
- Eventuelle driftsulemper knyttet til bygging på eksisterende tomt

På bakgrunn av valgt tomt og valgt konsept utarbeides skisser fram til grunnlag for B3-beslutning om oppstart av Forprosjekt.

Konseptfasen skal bygge på et godkjent styringsdokument og mandat for konseptfasen. Styringsdokumentet skal inneholde en tydeliggjøring av det målbildet som er beskrevet i tidligere i prosjektet som er relevant for prosjektet.

Forslag til styringsdokument og mandat for konseptfasen vil bli lagt frem for styrebehandling etter at Helse- og omsorgsdepartementet har behandlet denne saken om lokalisering.

Mo i Rana, 20.11.2019

Hulda Gunnlaugsdottir  
Administrerende direktør

## 7. Vedlegg

1. Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019
2. Rapport fra ekstern ressursgruppe
3. Utviklingsplan Helgelandssykehuset 2014
4. Samfunnsanalyse, Menon Economics
5. Fylkesplan for Nordland 2013-2035, regional plan
6. Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter
7. Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord
8. Delrapport, Samhandling med kommunene, herunder felles rekrutteringsutfordringer og helhetlig helsetilbud i regionen
9. Delrapport, DMS
10. Streaming av styreseminarer, se siden [www.helgelandssykehuset.no/styret](http://www.helgelandssykehuset.no/styret)
11. ROS-analyse, alternativer
12. Delrapport, Fødetilbudet
13. Notat, tykkarmskirurgi
14. Delrapport, Prehospitale tjenester
15. Delrapport, Psykisk helsevern og TSB
16. Strategisk teknologinotat, Sykehusbygg HF
17. Retningslinjer for lokalisering av statlege arbeidsplassar og statleg tenesteproduksjon
18. Statlige arbeidsplasser, poeng- og vekstsystem
19. COWI/WSP Anbefaling av utredningsalternativer
20. Styringsgruppe Helgelandssykehuset 2025
21. Medvirkning FTV
22. Medvirkningsmøter kommuner
23. Mandat Helgelandssykehuset 2025
24. Oppdragsdokument 2013
25. Historikk
26. Desentraliserte spesialisthelsetjenester i Brønnøysund
27. Prosjektplan idefase Helgelandssykehuset
28. Prosjektplan og mandat ekstern ressursgruppe
29. ÅF Advansia oppdateringer av økonomiske beregninger i bæreevneanalysen
30. Bæreevne – presentasjon til styremøte 28.11.19
31. Konseptrapport DMS Brønnøysund
32. Protokoll fra drøftingsmøte 27.11.19
- 32.a Protokolltilførsel fra DNLF
- 32.b Protokolltilførsel fra NITO