

Finansiering og lokalisering av -Det Nye Helgelandssykehuset.

Harald Nyberg

Styremedlem Eva Monica Hestvik, fra Rana, ser seg ikke råd til nytt Hoved-sykehus for Helgeland.

Eva Monica Hestvik, styremedlem i Helgelandssykehuset HF, har ikke råd til å bygge sykehus med riktig størrelse og riktig plassering på 3,5 milliarder, for 80.000 helgelendinger. Hun mangler en sykehusinvestering på 200 millioner norske kroner??

Medisinsk sykehusbehandling for 80.000 helgelendinger vil pr. år koste 2.9 milliarder.

Nasjonal oversikt viser at behandling av spesialisthelsetjenester for beboerne på Helgeland for 1 år, vil koste 2.17 milliarder.

Om vi ikke har et kompetent Helgelandssykehus med samlet spesialisthelsetjeneste, vil pengene og behandlingene gå til sykehus i Trøndelag, til Bodø eller til Tromsø med påkostet krevende pasientreiser og opphold i respektive byer.

Rest-investering for nytt Helgelandssykehus.

200 millioner vil tilsvare ca. 0,14% av 1 års drift ved Hoved-sykehuset for Helgeland på ca. 3,5 milliarder.

Med annet perspektiv, vil manglende investering på 200 millioner, tilsvare driftskostnadene for ca.13 timer, av et driftsår på 365dager eller 8760 årlige driftstimer.

Investeringen for «Det Nye Helgelandssykehuset» på Tovåsen på 3.5 mill., vil tilnærmet være samme investering som et års drift ved samme sykehus.

Driftsberegningen for nybygd sykehus vil ha en varighet på ca. 40år, før det vil kreves investering til utbygging, eller ombygging.

Tidlig signaler og vektet betydning av mangel på 200 mill. i investering for Hoved-sykehus for Helgeland, forteller noe om arbeids-ideen for Helseforetaket i Rana og møte med Konseptfasen.

Trenering er på gang i arbeidet mot riktig størrelse og riktig lokalisering av Helgelandssykehuset.

En ødeleggende og destruktiv inngang i arbeidet for konseptfasen, og for fullverdig sykehus for helgelendingene.

Konflikt-styring inn i Konseptfasen.

Uheldig klimaskifte truer Helse Nord, ved synlig uklare grep og handlingsnorm for flytting av Helseforetaket fra Rana til Sandnessjøen. Trenering kan være truende for styring av prosess-arbeidet inn mot Konseptfase, mot Prosjekteringsfase og mot Gjennomføringsfase.

Helse Nord bør aktivt og snarest gjennomdrive en total utskiftet av ansatte i staben ved Helseforetaket i Rana.

Nyansatte , ca.70 stillinger i forvaltning, administrasjon og ledelse; bør før oppstart i Konseptfasen, ha funnet sine kontorer i Sandnessjøen.

Ansatte med familier vil finne boende i naturskjønn og ren natur blant 30.000 helgelendinger i - Sandnessjøen og Omegn-.

Lidelseshistorien som er gjennomgått de siste 5 år med planarbeid for stort Helgelands-sykehus til Rana, bør være skrinlagt.

Ytterligere tidstap og reprise av fordreid, helsepolitisk og næringsstyrt sentrumsbygging for Rana bør være avsluttet.

Administrerende direktør Hulda Gunnlaugsdottir bør ikke gis tillit for delaktighet i prosessen videre.

Det vil være uakseptabelt og et klart avvik om hun fortsetter i styring av en prosess som hun frem til nå aktivt har arbeidet imot.

Det bør rekrutteres og ansettes ny Adm. Direktør for arbeidet frem mot Det Nye Helgelandssykehuset, lokalisert til -Sandnessjøen og Omegn-.

Prosjektgruppe 1 med utarbeiding av et Styringsdokument for Konseptfasen, bør legges på vent, til ny Administrerende direktør er på plass, og til -enhetsleder for drift og eiendom- er skiftet ut.

I denne tiden bør nye ansatte i Helseforetaket være flyttet til Sandnessjøen.

Det vil være en ukultur om delaktighet og styring av Adm. Direktør ved HSHF i sykehusprosessen til nå, ikke skulle får følger for videre arbeid mot Det Nye Helgelandssykehuset.

Hva har en Pandemi lært om pasienter og sykehus?

Manglende 200 – 300 millioner skal ikke gjøre Helgelandssykehuset til et «nytt nasjonalt eksempel» på utilstrekkelig, kostnadskrevende sykehusstørrelse, med svekket bærekraft og med feil prioritering av forventet fagmedisinske oppgaver.

Når ble det bygget for store sykehus i Norge??

Når ble det nasjonalt utført en systematisk evaluering av nye sykehusbygg; for vurdering og målsetninger for at nødvendige krav var oppfylt for nybyggene??

Bør kanskje nye sykehusbygg etter noen år, få en evaluering etter modell og metoder for Post Occupancy Evaluation (POE)? :

- :: Har det nye sykehuset gitt trygghet og omsorg for pasienter og pårørende?**
- :: Har det bidratt til utvikling av spesialisthelsetjenestene?**
- :: Har det gitt styrke for primærhelsetjeneste?**
- :: Har det gitt medisinsk fagkompetanse for spesialister, generalister, for medisinske fagteam, for prehospital tjeneste, for bioingeniører, fagmedisinske ingeniører og for dataingeniører.**
- :: Har det gitt styrke for medisinsk forskning??**

Nye sykehusbygg bør ikke nedbygges til dysfunksjonelle helseinstitusjoner for fremtiden

Nye sykehusbygg bør ikke bygges ned i størrelser med konsekvenser av forringet og svekket kompetanse for pasientbehandling og for økende antall korridor-pasienter bak skjerm Brett.. Uheldig hendelser ved sykehus-prosessene, har vært ledet av nasjonale helsebyråkrater og økonomer, med følge av bygging av for små, dysfunksjonelle sykehus i forhold til behov og forventet medisinsk planløsninger for sykehusene.

Konsekvensene har vært sykehus med tap av bærekraft og kostnadskrevende tilleggsbevilgninger for å bøte på skadene.

Uheldige hendelser har fått skje til tross for advarsler fra sykehusansatte, leger, sykepleiere og andre faginstanser.

Hva skjedde med Akershus Universitetssykehus (Ahus) med redusering av kostnadsrammer på 2 milliarder fra opprinnelig fremlagt planløsning for sykehuset ?

Underdimensjonerte og trange forhold ved akuttmottak og ved avdelinger måtte bygges om for å hindre overbelegg og korridorpasienter.

Hva skjedde med Østfold sentralsykehus på Kalnes ? Sykehusets størrelse ble redusert etter innsparing av 500 millioner. Innflytting i ferdigstilt nytt sykehus medførte oppfylling av avdelingene med korridor-pasienter. Ene-rom måtte omgjøres til dobbeltrom med trange arbeidsforhold. Omgjøring av akuttmottak. Nye nød-investeringer for renovering av nedlagte avdelinger på gamle Moss sykehus for å huse pasienter tilhørende Kalnes.

Hvem bør være straffe-forfulgt? Skal ikke norsk omsorg og rettspleie beskytte og forsvare overgrep mot syke mennesker?

Hvor mye strafferabatt skal gis??

Nasjonal Kvalitetsindikatorer.

Hva blir tilleggsinvesteringer og helsekostnader for skjev planlegging og bygging av for små sykehus med underdimensjonerte sengeposter, med korridorpasienter og med trist erfaring av helsen for tidlig hjemsendte pasienter pga. manglende sengeplasser??

Henviser til : Nasjonal kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenester.

*Hva er kostnadene og pengebruk, for sykehus-drift i trange avdelinger, for arbeidsflyt; for pasientbehandling; for behov til endrede behandlingsmetoder, og for endret demografi??
Hva kreves av investeringer og romstørrelse i avdelinger for isolering ved uklare, sammen-
satte sykdomshendelser, med organsykdommer, smittsomme sykdommer, immunsvikt og
krevende akuttkirurgi??*

***I truende korona-pandemi, har sykehusene tatt i bruk nødvendige nye innretninger med
triagerings-telt (telt stilt opp foran sykehusets akuttmottak for diagnose-vurdering) før
pasientene ble fordelt til de ulike sykehusavdelingene. En logistikk
for å hindre smittespredning til avdelinger av sykehuset.***

*Hva kreves av behandlingsrom, labber og kontorlandskap for leger, sykepleiere og
helsearbeidere, for trygghet ved konfidensialitet, konsentrasjon og fellesskap med pasienter??*

*Hvem tar de økonomiske og medisinske ansvar for konsekvenser, for uakseptable
arbeidstilstander for helsearbeidere, sykepleiere og leger i presset arbeidssituasjoner med
syke mennesker i trange avdelinger??*

*Om økonomer er det sagt: For dem blir sykehusdrift enkelt: Diagnoser, Behandling og
snarest utskrivning av pasienter fra avdelingene.*

*Med denne form for innsikt i medisinsk planløsning og avvikende helsebyråkratisk vektning,
påtvinges sykehusene uakseptable, uetiske løsninger for behandling av syke mennesker.
Hva skjer med Hoved-sykehuset for Helgeland og for de andre sykehus i Norge under
planlegging og oppbygging??*

Krav for investeringer til nytt sykehusbygg.

*De siste 10 år har det i Norge blitt bygget flere nye sykehus; - og det vil bygges flere i årene
som kommer.*

*Kostnadene for nytt sykehusbygg ligger tilnærmet kostnadene for et års drift ved samme
sykehus.*

*Nytt sykehusbygg beregnes for minst 40 år, før det vil kreves utbygging eller ombygging.
Økonomien er innrettet til at nye sykehus skal være selv-finansierende.*

Investering av nytt sykehusbygg beregnes ved overskudd av egen drift.

*Direkte kobling mellom sykehusets drift og investering legger et utilbørlig press på
investeringsrammene, på sykehusøkonomi og på etablerte velfungerende helsetjenester.*

*Økonomiske utfordringer med negative driftsresultater ved sykehusene, gjør at
helseforetakene generelt ikke makter å skaffe tilstrekkelig midler for investering.*

***Faren ved bygging av nytt sykehus med presset økonomi, medfører tap av bærekraft for sykehuset,
for tap av fremtidig fagmedisinsk tilpasning, og svekket tilpasning til skiftende akuttmedisinske
metodeutvikling.***

*Situasjonen blir pasienter som utsettes for lange, helse- og kostnadskrevende reiser og
hotellopphold ved kompetanse-sykehus med «sørge for ansvar» og med fagtyngde for
utredning og behandling.*

Lokaliseringen av Hoved-sykehus for Helgeland på Tovåsen.

Et kombinert Sentrumshospital og Kysthospital.

Driftsøkonomiske utfordringer og forskjeller for Helgelandssykehusene de siste 20 år, har vært ulikheten mellom positive- og negative driftsbalanser mellom Et Sentrumshospital i Rana for 26.000 beboere, bosatt vegg i vegg med sykehuset og et Kysthospital i Sandnessjøen for Sør Helgeland, for Helgelandsøyene og Helgelandskysten.

Økonomiske fordeler med et sentrumshospital er bl.a. at pasienter kan utskrives fra sykehus med kort liggetid og videre oppfølging ved sykehusets poliklinikk.

Pasienter fra Sandnessjøen sykehus må etter ferdigbehandling, i de fleste tilfeller følges opp hos egen lege på hjemstedene pga. lengre reiseavstander.

Driftsmodellene gir tall på økonomiske fordeler for et sentrumshospital med positiv driftsbalanse, mens Sandnessjøen kommer ut med tap i årsbudsjettet.

Forskjellen med et Hoved-sykehuset på Tovåsen, er at sykehus blir et kombinert Sentrumshospital for nærmere 30.000 beboere, og et Kysthospital for alle 17.290 beboere fra Sør Helgeland og fra Øyriket og kysten av Helgeland.

Av 47.290 beboere, vil alle ha betydelig kortere reise til et Hoved-sykehuset for - Sandnessjøen og Omegn-, (dvs. sykehus på Tovåsen), enn reisen til behandling ved Rana sykehus.

Til sammen vil 3 /4 av 80.000 helgelendinger, 61.973 beboere, ha kortest og minst belastende transport for akuttkirurgisk og akuttmedisinsk behandling ved Hoved-sykehuset på Tovåsen , en syketransport på mindre enn < 1 time til behandling.

Krav om snarest flytting av Helseforetaket til Sandnessjøen.

Et mot-arbeidende Helseforetak i Rana, vil lett torpedere prosessen for en nødvendig størrelse og lokalisering av Hoved-sykehus for Helgeland.

Foretaks-administrasjonen, organisasjoner, næringsliv og politikere i Rana vil vegre seg mot og delvis være blindet for nasjonale kostnadene ved tap av et kompetansesykehus for Helgeland lokalisert til -Sandnessjøen og Omegn-.

Helseministerens vedtak bør snarest gjennomføres.

Helseforetaket flyttet til Sandnessjøen, vil med nye ansatte helsebyråkrater, helsearbeidere og ledere, være en nødvendige opp-start for arbeidet mot Det Nye Helgelandssykehuset.

Oppbygging av Distrikts-medisinsk Senter i Brønnøysund og videreføring av fødestue tilknyttet Sentret bør komme i gang snarest.

Det kreves at Helse Nord tar ansvarlige og nødvendige grep i prosessen, for -Det Nye Helgelandssykehuset- til -Sandnessjøen og Omegn-; for utskiftninger av bemanning i stillingene ved Helseforetaket, og snarest oppfylle Helseministerens vedtak om flytting av Helseforetakets til Sandnessjøen.

Det kreves en ny forståelse av : RYDDIG PROSESS.

