

## Svar på spørsmål stilt i protokolltilførsel fra drøftingsmøte med foretakstillitsvalgte 13.09.2017

### Protokolltilførsel fra uttalende forbund i forbindelse med drøfting av versjon 3, renovering av operasjonsstuer på Mo i Rana

Dato for drøfting: 13.09.2017

#### **Følgende forbund støtter opp om denne protokoll:**

Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund, EI og IT Forbundet, Den Norske Legeforening, NITO, Fysioterapeutforbundet, Utdanningsforbundet, Ergoterapeutforbundet, Delta

#### **Følgende forbund støtter ikke opp om denne protokoll:**

Yngre legers forening, Samfunnsviterne

## 1. Grunnleggende prinsipper

- 1.1. Det er forståelse for at HSYK Mo i Rana har behov for renovasjon av operasjonsavdelingen.
- 1.2. Det er forståelse for at det per i dag er begrenset plass for tekniske installasjoner som nødstrømsaggregat, UPS med merved HSYK Mo i Rana.
- 1.3. Det er også forståelse for at det er begrensninger på dagens vannkapasitet, rensing av vann med mer.
- 1.4. Det er ikke forståelse for at prosjektet skal ha et slikt omfang som beskrevet i versjon 3, når en vet hvilke økonomiske utfordringer Helgelandssykehuset står ovenfor, samt det faktum at en enda ikke vet hvordan ny sykehusstruktur på Helgeland blir.

*Tilsvar: Omfanget i prosjektet er økt for å ivareta de krav som er påvist i prosjektet. De vises her til mangler i teknisk infrastruktur som er omtalt i skisserapporten og tilstandsrapportene.*

- 1.5. Det savnes et foretaksperspektiv på hele denne saken. Det er ikke framlagt noen analyser av dagens kapasiteter innen både kirurgi, ortopedi, sterilisering med mer, og hvordan en ved å være kreativ kan frigjøre kapasitet/ressurser i forhold til arbeidsfordelingen innad i foretaket. Dette kan redusere prosjektet betydelig og ta hensyn til de økonomiske utfordringer Helgelandssykehuset står ovenfor i fremtiden.

*Tilsvar: Saken baserer seg på de samme forutsetninger som lå til grunn for de tidligere styresakene i 2015 og 2016, og innebærer ingen kapasitetsøkning annet enn innenfor ortopedi, der Mo i Rana har en HF-funksjon. Vi skal drifte etter 0-alternativet i 8 -10 år til, og med befolkningssammensetningen på Helgeland kommer ikke behovet for kirurgi, spesielt innenfor ortopedi, til å minske. Overgang fra døgn til dag og fra åpen kirurgi til laparascopi vil ikke redusere behovet for operasjonsstuer i første omgang.*

## 2. Tillitsvalgtes innsyn i dokumenter

- 2.1. Det vises til etterspørsel fra tillitsvalgte av underbyggende dokumenter vedrørende drøfting av denne saken inklusiv datagrunnlag for kostnadsestimering med mer. For at de tillitsvalgte skal kunne ha en reell mulighet til å medvirke, må de tillitsvalgte ha rett til innsyn i de saksdokumentene som trengs for å få belyse og vurdere saken på en best mulig måte.
- 2.2. De tillitsvalgte er ikke enige at etterspurt dokumentasjon ikke kan utleveres til de tillitsvalgte grunnet hensyn til taushet i forbindelse med anbud.
- 2.3. I denne forbindelse vises det også til prinsippet om at drøftingsdokumenter kan utsettes offentliggjøring til etter at anbudsrunderen er ferdig.
- 2.4. De tillitsvalgte er også underlagt taushetsplikt, på samme måte som arbeidsgiver, og ivaretar denne på samme måte som arbeidsgiver gjør.
- 2.5. De tillitsvalgte har ikke fått tilgang til noen underbyggende dokumentasjon eller tallmateriale i forbindelse med prosjektet, ei heller da dette ble etterspurt i forbindelse med drøftingen den 13. september.

*Tilsvar: Tillitsvalgte har fått tilsendt et fullstendig underlag i saken. Det er ikke registrert forespørsler i forkant av møtet etter noe ut over det som er sendt ut. Riktignok ble det på drøftingsmøtet den 13. september stilt spørsmål om hva som lå til grunn for kostnadskalkylene. Det ble da gitt en forklaring på hvordan kalkylene settes sammen med enhetspriser fra de fagprosjekterende konsulentene, men at disse enhetsprisene ikke offentliggjøres fordi det svekker konkurransen ved et*

anbud. Forklaring på prosjektkalkyleoppbyggingen er gitt under kapitel 3.3.

### 3. Økonomiske aspekter

- 3.1. Veileder for beregning av samlet økonomisk konsekvens av investeringsprosjekter i helsebygg (<http://sykehusbygg.no/wp-content/uploads/2016/09/Veileder-for-beregning-av-samlet-økonomisk-konsekvens-av-investeringsprosjekter-i-helsebygg.pdf>, side 6) har som krav at det i konseptfasen skal utredes tre alternativ (ett nullalternativ og to ulike nybyggingsalternativ). Har dette punktet blitt fulgt i dette prosjektet? Hva er i så fall de ulike alternativene?

*Tilsvaret: Alle prosjekter er ulike. Tidligfaseveilederen som avsnittet henviser til kan og bør brukes i alle prosjekter uavhengig av størrelse, men tilnærming og omfanget av utredninger bør tilpasses prosjektets egenart og forventet omfang og kompleksitet. I konseptfasen utreder man virksomhetsinnhold, struktur, organisasjonsmodell, lokalisering og bygningskonsepter. Vi gjør ikke endringer i noe av dette – dette blir utredet som en del av Helgelandssykehuset 2025. Prosjektet «Renovering av operasjonsstuer og ny nødstrøm Mo i Rana» er et forprosjekt som skal sikre pasientsikkerhet og tilfredsstillende forskrifter – ikke et konseptfaseprosjekt.*

- 3.2. Hvilke konsekvenser vil kostnadsoverslaget i versjon 3 ha for Helgelandssykehuset HF sine nåværende og fremtidige investeringsbehov samlet sett, og muligheten til å drifte Helseforetaket innenfor budsjett?

*Tilsvaret: Se tabell i styresaken. Driftskostnader: Selv med bare hjemhenting av 35 gjestepasienter er økonomien positiv. Hvis ingen gjestepasienter hentes hjem, får MiR et effektiviseringskrav svarende til avskrivingskostnadene. I forbindelse med byggeprosjektet i Sandnessjøen ble det gitt et slikt effektiviseringskrav.*

- 3.3. Prosjektet er beregnet til å ha en kvadratmeterpris eks. mva som er langt lavere enn det som regnes som vanlig for bygging av sykehus i Norge (ca. 70 000,- kr pr m<sup>2</sup>). (Jfr. blant annet: Ann Elisabeth Wedø, adm. dir. Sykehusbygg (<http://sykehusbygg.no/hvorfor-pa-pristoppen/>) og Øyvind Grongstad, Eiendomssjef i Finnmarkssykehuset (<http://www.nrk.no/finnmark/sykehuset-kan-bli-beredskapsenter-1.13472661>)). Hvilke konsekvenser vil det få for videre drift og investeringer for Helgelandssykehuset HF hvis kvadratmeterprisen for selve nybygget på 988 m<sup>2</sup> øker fra kostnadsoverslaget i prosjektet til det som er vanlig i Norge for sykehusbygg? Renovasjon kommer da i tillegg.

*Tilsvaret: Tillitsvalgte henviser til at det koster ca. 70 000,- kr pr m<sup>2</sup>, men prosjektet budsjetterer med langt mindre. Det stemmer at det kan koste 70 000,- kr pr m<sup>2</sup> å bygge sykehus i Norge. Men vårt prosjekt er et renoveringsprosjekt der deler av arbeidene er renoveringer i eksisterende bygg. Vår budsjettkostnad på 52 600,- kr pr m<sup>2</sup> er derfor en gjennomsnittspris.*

*Tabellen under viser hvordan kostnadene mellom nybygg og renovering av eksisterende lokaler fordeler seg. For sammenligningens skyld viser tabellen også kostnadene ved byggeprosjektet i Mosjøen som ble kalkulert av samme prosjekteringsgruppe.*

Lokasjon Omfang	Areal Ombygging	Prosjekt- kostnad Ombygging	Prosjekt- kostnad Ombygging Kr/m <sup>2</sup>	Areal Nybygg/Tilbygg	Prosjekt- kostnad Nybygg/Tilbygg	Prosjekt- kostnad Nybygg/Tilbygg Kr/m <sup>2</sup>	Areal TOTALT	Prosjekt- kostnad TOTALT	Prosjekt- kostnad TOTALT Kr/m <sup>2</sup>
<b>HLSH - Mosjøen</b> Ombygging fløy A/D og C.  (Overlevert februar 2017 - regnskapstall)	1 689	31 552 827	18 681	0	-	-	1 689	31 552 827	18 681
<b>HLSH - Mo i Rana</b> Rehabilitering operasjonssentral+  Ny Sterilsentral m/ny infrastruktur  (Skisseprosjekt v3 07.04.17)	631,33	23 947 804	<b>37 932</b>	988,20	61 329 595	<b>62 062</b>	1 620	85 277 399	52 656

- 3.4. Er prosjektets bæreevne og Helgelandssykehuset sin bæreevne av prosjektet godt dokumentert?

*Tilsvaret: Se styresak om bærekraftsanalyse, og økonomisk beregning i styresaken.*

- 3.5. Hvordan skal prosjektet finansieres?

Tilsvaer: Se over.

- 3.6. Hvordan vil driftskostnadene for de nye arealene bli, sett i lys av den nye husleiemodellen som skal implementeres?

Tilsvaer: Husleiemodellen skal vaere et nullsumspill. Sa lenge prosjektet er finansiert enten ved gjestepasientprosjekt eller effektiviseringskrav har ikke husleiemodellen betydning.

- 3.7. Hva er tapene i leieinntekter i fm Rana Helsepark, hvis 5. etasje tas i bruk?

Tilsvaer: Leieavtalen med Rana kommune ble sagt opp den 1.6.2016, med virkning fra 1.10.2018. Oppsigelsen av denne avtalen er ikke en beslutning som har sammenheng med renovasjonsprosjektet. I dag inntektsfoeres husleien pa Drift og eiendom. Arlige inntekter er kr 1,4 mill.

- 3.8. Hvilke bakgrunnsdata ligger bak vurdering av loennskostnadene prosjektet? Hvor mange ansatte og hvilke yrkesgrupper er tatt med i loennskostnadene?

Tilsvaer:

Scenario 1: 2 sykepleiere

Scenario 2: 6 sykepleiere

Scenario 3: 1 sykepleier

- 3.9. Er det forsvarlig a investere store belop i utbygging av naer 1000m2 nytt sykehusbygg sett i lys at en i HSYK 2025 potensielt om fa ar vil maatte kunne avvikle dagens drift pa Mo?

Tilsvaer: Ja. Helseforetaket skal drive etter 0-alternativet i 8-10 ar til, og oekningen av prosjektet er 500 m2.

- 3.10. Det er uforstaelig at det ikke foreligger noen analyse av dagens kapasiteter i foretaket, da det forventes at en ved a vaere kreativ i bruk av arbeidsfordeling, kan imoetekomme Helseforetakets oekonomiske utfordringer og slippe store utbygginger. Spesielt med hensyn til de oekonomiske konsekvenser det har for hele foretaket, hadde en slik analyse av dagens kapasiteter i foretaket vaert av stor betydning.

Tilsvaer: Se 1.5

#### 4. Gjestepasienter/pasienter som reiser ut av region for operasjon

- 4.1. Det a fa gjestepasienter hjem er et av hovedargumentene for denne massive utbyggingen. Har en data fra tidligere prosjekter ved Helgelandssykehuset eller andre steder i Norge som viser at en kan hente hjem gjestepasienter i den skala som forespeilet ved hjelp av utbygging og renovering av lokaler?

Tilsvaer:

Det antall gjestepasienter som er tatt med er et beskjedent. 1-2 pasienter pr uke (44 uker). Utbyggingen er ikke massiv. Kostnadsokningen skyldes i all hovedsak utbedring av teknisk infrastruktur som ma gjores uansett for a innfri forskriftskrav.

I 2014/15 ble det gjennomfoert et prosjekt for a effektivisere drift for a oke aktiviteten og hjemhenting av gjestepasienter innenfor ortopedi. Aktiviteten okte betraktelig, men oekningen i aktivitet kom som hovedsak av okt etterspoersel.

Nedenfor fremkommer aktivitetsutviklingen fra 2012 - 2016

Hofteproteser el	Antall
2016	140
2015	136
2014	81
2013	84
2012	73

Kneproteser	Antall
2016	67

2015	55
2014	55
2013	45
2012	44

Som det fremgår av oversikten ga dette prosjektet tydelige resultater.

Det er nå utarbeidet en analyse av tilgjengelig tallmateriale for proteseområdet og som presenteres i en egen rapport som legges ved styresaken.

- 4.2. Det foreligger ingen konkretisering for hvordan Helgelandssykehuset faktisk skal realisere det å få gjestepasienter hjem.

*Tilsvaret: Det er laget et utkast til plan for dette og som vedlegges styresaken.*

- 4.3. På Helgeland bor om lag 1,49 % av den norske befolkningen. Ved HSYK Mo i Rana ble det i fjor operert 207 proteseoperasjoner av, eller om lag 1,24 % av de totalt 16700 proteseoperasjonene i Norge i 2016 (<https://www.kvalitetsregistre.no/registers/nasjonalt-register-leddproteser>). Ved å øke kapasiteten på ortopediske operasjoner til skal en kunne hente hjem et betydelig høyere antall pasienter enn en basert på 2016 statistisk sett skulle ha på Helgeland. Statistikk viser dog sjeldent hele sannheten, men:

- 4.3.1. Med utgangspunkt i tallene fra 2016, er det noe spesielt med befolkningen på Helgeland som skulle tilsi at de trenger mer protesekirurgi enn resten av befolkningen i Norge?

*Tilsvaret: Antallet proteseopererte i befolkning varierer fra år til år. I 2015 ble 99 pasienter fra Helgeland operert for hofter eller kneprotese utenfor Helgeland. I 2016 var det 78 og i 2017 ligger det an til ca. 85. Slike variasjoner må sies å være innen akseptabelt område. Hjemhenting av min 35 pasienter må sies å være helt realistisk.*

*Hvis MiR har operert med samme nivå som landsgjennomsnittet skulle Mo i Rana ha operert 249 proteser. Dagens aktivitet ligger i dag under dette nivået. Ut fra alderssammensetning på Helgeland bør det forventes at etterspørselen vil ligge over landsgjennomsnittet og øke i årene som kommer.*

- 4.3.2. Hvis det for de siste årene faktisk har vært flere proteseoperasjoner av pasienter fra Helgeland enn befolkningsstatistikken skulle tilsi, vil denne tendensen i så fall fortsette?

*Tilsvaret: Helgeland får en relativ økning av antall eldre de nærmeste årene, mer enn landsgjennomsnittet.*

*«Protesekirurgi er ikke livreddende behandling, men gir økt funksjon og livskvalitet og forebygger sykdommer forårsaket av inaktivitet. Protesekirurgien er i liten grad tilbudsstyrt. Variasjonen er dermed neppe forårsaket av pasientens valg, men snarere av organiseringen av tjenestetilbudet eller mangel på standardiserte vurderinger når indikasjonen stilles selv om det er relativt klare faglige indikasjoner for når behandling skal iverksettes. Kapasitet på sykehussenger, operasjonsstuer og prioritering innenfor tilgjengelig kapasitet i de enkelte helseforetak påvirker antakelig beslutningen om en pasient skal få protese eller ikke.*

*Variasjonen mellom opptaksområdene i innsetting av leddproteser hos eldre vurderes som liten. Det er imidlertid grunn til å reise spørsmål ved om det gjøres for lite protesekirurgi. Helse- og omsorgsdepartementet har etter anbefaling fra de regionale helseforetakene et mål om at antall innsatte kneproteser for den norske befolkningen sett under ett, skal økes» (ref. Norsk Helseatlas)*

## 5. Kapasitet

- 5.1. Finnes det en foretaksovergrepende analyse vedrørende frie operasjonskapasiteter, både dagkirurgiske og stasjonære opphold, som viser utnyttelsen av kapasiteten på hele foretaket? Med kapasitet menes her ikke personellkapasitet, som eventuelt må tilpasses uansett løsning.

Tilsvaret:

*Stuekapasiteten i Mo i Rana vil ikke økes etter at denne renoveringen er gjennomført. Det er i dag fire operasjonsstuer i dagens løsning, og dette vil være situasjonen også etter ombygging. I den planlagte ombyggingen tas det høyde for å gjøre de to små stuenes såpass store at de kan benyttes som fullverdige operasjonsstuer. To av stuenes er så små at de er uegnet til dagens kirurgi (23 m<sup>2</sup> og 25 m<sup>2</sup>), noe som er langt under anbefalt standard (Andersen, 2008: «Håndbok i hygiene og smittevern for*

sykehus»).

- 5.2. Hvordan vil kapasitetstallene være for Helseforetaket samlet og for HSYK Mo i Rana spesielt innen ortopedi og kirurgi, før og etter bygging?

Tilsvaret:

Kapasiteten innenfor kirurgi MIR vil opprettholdes på dagens nivå, også etter ombygging. Dette er på grunn av at vi har tilgjengelig de samme areal/stuer som tidligere. Slik situasjonen er i dag er Mo i Rana nødt til å foreta en god del av operasjonene på kveldstid.

Når det gjelder ortopedi fremkommer det i styresaken at det vil være mulighet til å øke kapasiteten. Ombyggingen vil føre til at Mo i Rana har mulighet å øke omfanget av ortopedi med 70 – 100 større elektive operasjoner pr år, jfr. styresaken. Dette fremkommer også i tallmateriale som er presentert i rapport/notat «Heimhenting av gjestepasienter ortopedi».

- 5.3. Hvordan er ventetiden i dag for protese pasienter på Mo i Rana hvis en sammenligner med sykehus som St. Olavs Hospital, NLSH Bodø og UNN Tromsø?

Tilsvaret:

Nasjonal prioriteringsveileder i ortopedi regulerer ventetider. Der framgår at en maksimumsfrist for hofte- og kneproteser på 12 – 26 uker er fra henvisning til behandling. For rygg/prolaps er det 16 uker.

Per i dag er ventetidene for lange og Mo i Rana får ofte beskjed fra pasienter at dette er en viktig årsak til at de ønsker å benytte andre behandlingssteder. Dette gjelder både for inngrep, men også for poliklinisk konsultasjoner. Mange pasienter blir i tillegg henvist til aktører som har kort ventetid da de har forsikringsordninger på arbeidsplassen/foreninger som gjør dette mulig.

Tabell 6-8 viser utdrag fra ventelister hentet fra helsenorge.no. Tynset og Namsos har betydelig kortere ventetid enn Rana og har i tillegg et større eller likt omfang av operasjoner. Tabellene viser også at Bodø og UNN har svært lange ventetider, mens aktører på Østlandet opererer med meget korte ventetider.

Tallene er hentet fra Helsenorge.no.

Behandlingssted for <b>KNE</b>	Ventetid til utredning	Ventetid til innleggelse	Antall operasjoner 2015
Rana	12 uker	14 uker	55
Tynset	3 uker	3 uker	271
Namsos	6 uker	4 uker	82
Bodø	20 uker	28 uker	89
Diakonhjemmet	6 uker	10 uker	234
St. Olavs	15	28	213
UNN	20	40	100

Tabell: Ventetid for kne

Behandlingssted for <b>HOFTE</b>	Ventetid til utredning	Ventetid til innleggelse	Antall operasjoner 2015
Rana	12 uker	14 uker	136
Tynset	3 uker	3 uker	177
Namsos	6 uker	4 uker	131
Bodø	16 uker	24 uker	112
Martina Hansen	3 uker	9 uker	566
St. Olavs	22	35	313
UNN	20	14	100

Tabell: Ventetid for hofte

Behandlingssted for <b>RYGGPROPLAPS</b>	Ventetid til utredning	Ventetid til dagkirurgi	Ventetid til innleggelse	Antall operasj. 2015
Rana	12 uker	-	14	8
Namsos	6 uker	-	4 uker	48
Bodø	20 uker	-	16	16
Aleris ColiseumOslo	6 uker	2 uker	-	??
St. Olavs	16 uker	-	4 uker	276
UNN	16	-	52	242

## Tabell: Ventetid for ryggprolaps

- 5.4. Hvordan forespeiles aktivitetstallet å være for helseforetaket samlet og for HSYK Mo i Rana før og etter utbygging innen ortopedi og kirurgi?

Tilsvaret:

Tallene fra 2016 viser at det i Mo i Rana ble foretatt 207 ortopediske proteseoperasjoner. Etter utbygging vil det være en kapasitet på 270 – 300 ortopediske proteseoperasjoner. Den generellkirurgiske aktiviteten er ikke planlagt økt da antall stuer ikke øker. Men gjennom god planlegging av elektiv kirurgi vil det være mulig å også øke innenfor generell kirurgi.

- 5.5. Utnyttes dagens kapasitet ved Helgelandssykehuset samlet sett, og kan endring av interne pasientstrømmer og arbeidsoppgaver mellom Helgelandssykehusene frigjøre kapasitet slik at Helgelandssykehuset Mo i Rana kan slippe unna litt av presset?

Tilsvaret:

Utnyttelsen av kapasiteten på operasjonsstuen i Mo i Rana utnyttes i dag ikke fullt ut. Aktiviteten begrenses betraktelig da to stuer er så små at de ikke kan benyttes til større kirurgi. Samtidig er det kun tilgjengelig en operasjonsstue der man kan gjennomføre proteseoperasjoner.

Mo i Rana opplever ikke å være i en spesielt presset kapasitetssituasjon, men understreker at tilgangen på hensiktsmessige operasjonsstuer strengt tatt er nødvendig for å opprettholde den aktiviteten som i dag ivaretas av enheten.

Det understrekes at renoveringen ikke har som hovedmål å øke kapasiteten, men for å ivareta pasientsikkerheten og et tilfredsstillende arbeidsmiljø for de ansatte.

- 5.6. Vil tilbakeføring av nylig opphørt dagortopedi ved HSYK MSJ kunne bidra til at HSYK Mo i Rana fikk redusert trykket på seg?

Tilsvaret: Aktivitetstrykket er ikke hovedutfordringen. Se svar ovenfor. For øvrig kan det nevnes at kirurger fra Mo i Rana ambulerer til Mosjøen allerede i dag, så dette trykket håndteres i dag.

- 5.7. Er det et reelt behov for å doble kapasiteten for ortopedisk kirurgi som beskrevet i styresak 80/2017?

Tilsvaret: I tilgjengelig tallmateriale fremgår det at det eksempelvis for 2016 følgende omkring gjestepasienter:

Inngrep	Pasientlekkasje 2016
Hofteproteser	42
Kneproteser	36
Rygg	64

Majoriteten av disse pasientene behandles utenfor Helse Nord.

Det kan også bemerkes at behovet i Helse Nord er større enn det tabellen viser. Det er tidligere blitt forespurt fra UNN om å ta både rygg og protese kirurgi fra deres ventelister. Mo i Rana hadde størst omfang av primære hofteproteser i 2015 i Helse Nord.

- 5.8. Har en behov for å gjennomføre samtidige ortopedioperasjoner ved HSYK Mo i Rana?

Tilsvaret: Ja. Det er nødvendig med kapasitet til å ta unna øyeblikkelig hjelp, samtidig som elektiv kirurgi gjennomføres. I dag forskyves operasjoner ut over ordinær arbeidstid. Denne type kirurgi kan ikke gjøres på andre enheter, grunnet kompetanse og utstyr (funksjonsfordelt til Mo i Rana).

- 5.9. Er det et kapasitetsmessig behov å ha fire operasjonsstuer med luftkvalitet IOCFU? Ekstra kostnad? Hvor mange 10 CFU har NLSH Bodø/UNN Tromsø?

*Tilsvar:*

*Hvis det skal gjennomføres samtidige operasjoner på stue 1 og 2 er dette helt nødvendig. Hvis prosjektet skal gjennomføres med to ulike luftkvaliteter vil det måtte omprosjekteres og dette vil bli dyrere enn å bygge 10 cfu på fire stuer. Det er for øvrig godt dokumentert at optimal luftkvalitet bidrar til mindre infeksjonsrisiko. Samtidig vil samme luftkvalitet på alle stuenes vil gi økt fleksibilitet.*

*Situasjonen i Bodø eller Tromsø er ikke kjent.*

5.10 . Vil en ved å fordele arbeidet med sterilisering av utstyr i hele foretaket, kunne utnytte den samlede kapasiteten mht. sterilisering en har i helseforetaket, på en god måte? Kan et slikt grep gjøre noe med utfordringene på Mo i Rana, slik at en slipper å bygge et stort bygg for å romme en stor sterilsentral?

*Tilsvar:*

*Dette forslaget er nærmest umulig å gjennomføre. Dette på grunn av at en har behov for sterilt utstyr i en tidsperiode på 2-3 timer. Skulle en slik løsning kunne bli gjennomført slik det skisseres ovenfor, måtte en ha 4 – 6 ganger mer utstyr tilgjengelig enn det som er i dag. Behovet for lagerkapasitet vil øke betydelig og innkjøpskostnadene vil være formidable. Samtidig må man her være klar over at dette er sterilt utstyr, som krever transportmidler som er spesialdesignet for et slikt oppdrag.*

## 6. Bemanning

6.1. I 2016 var utnyttelsesgraden på kirurgisk sengepost Ø4 ved Mo i Rana 91,8 % med 22 sengeposter. Hva blir konsekvensen for driften av Ø4 hvis en følger scenario 1?

*Tilsvar:*

*En økning med 70 – 100 protese pasienter i året betyr det et økt belegg med ca. 2 pasienter pr uke, altså ca. 300 liggedøgn. Dette er fullt mulig å håndtere innenfor dagens sengekapasitet på Ø4. Dette er også synliggjort i styresaken.*

6.2. Utnyttelsesgrad av Ø4 og 5. etasje sett i lys av scenario 2?

*Tilsvar:*

*Hovedargumentet for å ta i bruk 5. etasje er muligheten til å skille rene og urene pasienter. Samtidig er det klart at ved en utnyttelsesgrad på over 90 % er for høy. Ved en utnyttelsesgrad på over 85 % øker risikoen for død og infeksjoner.*

*Ved en ev bruk av 5. etasje ser man maksimalt behov for ca. 6 sengeplasser. Dette vil føre til at beleggsprosenten reduseres på både medisinsk og kirurgisk sengepost til forsvarlig nivå. Protesepasienter er de mest «ressurssterke» pasientgruppen og har en liggetid på mellom ett til tre døgn.*

6.3. Hvilken reell bemanning skal til for å drifte 5. etasje som en femdagerspost? Enn bemanning ved bruk av hele kapasiteten på dagens 17 senger i 5. etasje?

*Tilsvar:*

*Scenario 2 har tatt høyde for bruk av 5. etasje og det er budsjettert med 6 ekstra stillinger til å håndtere drift i to etasjer. Det er ikke planlagt å benytte hele kapasiteten i 5. etasje.*

6.4. Det påpekes at det ikke skal ansettes flere leger/operasjonssykepleiere eller anestesisykepleiere. Er dette ROS- analysert? Har en i dagens bemanning allerede en buffer i seg til å takle den forespeilede økte aktiviteten?

*Tilsvar:*

*Det er i dag bemanning for fire stuer og dette vil ikke endre seg. Det er dermed ROS-analysert som en del av det som er vedlagt styresaken.*

*Det er også å viktig å påpeke at det er tre ortopediske leger på tur tilbake til MIR etter spesialisering. Når disse er tilbake vil Mo i Rana få økt kapasitet.*

6.5. Det påpekes at ombyggingen kan komme til å føre til ansettelse på intensiv og sengepost. Er det gjort en grundig redegjørelse for antall intensivsykepleiere/sykepleier på sengepost det kommer til å bli

behov for?

*Tilsvaret:*

*Ja. Avdelingsleder på kirurgisk sengepost, avdelingsleder operasjon, intensiv og områdesjef har gjennomgått dette våren 2017.*

*For denne pasientgruppen er det særdeles kort liggetid på intensiv, slik at med en økning på to pasienter i uken – vil ikke føre til et økt behov for ressurser på intensivavdelingen.*

- 6.6. Hvilke konsekvenser vil det bli for foretaket samlet hvis HSYK Mo i Rana må sette i gang en oppbemanningsprosess som er større enn det som er forespeilet i kostnadsoverslag? Hvor skal en kutte andre kostnader? Nedbemanne andre sykehusenheter?

*Tilsvaret:*

*Det skal ikke gjennomføres en oppbemanningsprosess som er større enn det som er forespeilet i kostnadsoverslaget.*

- 6.7. Det er påpekt at renovering av operasjonsstuer skal påvirke sykefraværet. Kan dette understøttes med dokumentasjon?

*Tilsvaret:*

*Et godt arbeidsmiljø og akseptable fasiliteter beregnes for å være faktorer som kan påvirke sykefraværet. Slik situasjonen er i dagens lokaler er disse langt fra optimale og det er derfor tenkelig at det kan bidra til at sykefraværet er høyt. Sykefravær har over tid vært utfordrende på operasjonsavdelingen, noe som fra de ansatte hevdes bla skyldes de fysiske fasilitetene. Dette framgår gjennom gjentatte tilbakemeldinger fra ansatte i avdelingen.*

- 6.8. I kost/nytte er et av argumentene at ombyggingen vil føre til bedre tilrettelegging for fagutvikling og rekruttering ved operasjonsavdelingen. Vil ombyggingen føre til at operasjonsavdelingen må rekruttere nyansatte? Har avdelingen per i dag utfordringer med tilrettelegging for fagutvikling og rekruttering?

*Tilsvaret:*

*Som skrevet i punkt ovenfor vil man i løpet av 2019 ha tilbake tre ortopedier. I samme periode vil tre ABIOK vende tilbake fra ferdig utdanning. Uavhengig av ombygging eller ikke må enheten jobbe med rekrutteringsarbeid som følge av naturlig turnover.*

*Det er i dag ikke tilfredsstillende lokaler for å drive fagutvikling, eks at det ikke er tilgjengelig rom til undervisning. Det jobbes for øvrig strategisk med rekruttering til operasjonsområdet. Samtidig er det verdt å understreke at dagens fasiliteter ikke er av en slik standard at det kan brukes i rekrutteringssammenheng.*

## **7. Støttefunksjoner og andre avdelinger på Mo i Rana sykehus**

- 7.1. Det foreligger ingen vurdering eller ROS- analysering av støttefunksjoner som fysioterapi, røntgen, lab med mer.

- 7.2. Hvordan vil en ombygging påvirke budsjettene og bemanningsbehov til andre avdelinger for å imøtekomme den økte pasientmengden som er forespeilet?

*Tilsvaret:*

*Økningen innen ortopedi er svært moderat, inntil 70 pasienter pr. år. Støttefunksjonene i sykehusenheten i Mo i Rana har kapasitet til dette.*

## **8. Prosjektet i lys av HSYK 2025**

- 8.1. Hvordan vil det fremlagte forslaget til utbygging samt renovering av operasjonsstuer på Mo i Rana styre Helgelandssykehuset HF sin mulighet til å imøtekomme Helse Nord RHF sine krav til resultatregnskap?



*Tilsvaer:*

*Se styresak om bærekraft*

- 8.2. Hvilke føringer vil det å bygge nærmere 1000 m<sup>2</sup> med nytt sykehusareal påvirke prosessen med HSYK 2025 og for fremtidig sykehusstruktur på Helgeland, sett i lys av blant annet bygget sin levetid?

*Tilsvaer:*

*Økning sett opp mot tidligere vedtatt investering er på ca. 500 M2, og denne økningen er alt vesentlig knyttet til å imøtekomme krav til teknisk infrastruktur. Som for de andre prosjektene opererer vi innenfor et 10-års perspektiv, og det vil ikke være tilrådelig å leve med midlertidige løsninger i 8-10 år.*

- 8.3. Vil HSYK 2025 bli mulig å gjennomføre hvis en gjør investeringer av denne størrelsesorden nå?

*Tilsvaer:*

*Ja, det vises til økonomisk beregning i styresaken. Avskrivingskostnadene finansieres enten av reduserte gjestepasient, eller effektiviseringskrav for sykehusenheten i Mo i Rana hvis det ikke hentes hjem gjestepasienter. Sykehusenheten i Sandnessjøen fikk effektiviseringskrav svarende til avskrivingskostnadene i byggeprosjektet der.*

- 8.4. Vil det være bedriftsøkonomisk lønnsomt og samfunnsøkonomisk lønnsomt og riktig å igangsette et såpass omfattende renoverings- og byggeprosjekt når en enda ikke vet sykehusstrukturen på Helgeland?

*Tilsvaer:*

*Se punktene over*

## **9. Gjennomføringen av prosjektet**

- 9.1. Hvordan skal en sikre at driften ivaretas på en forsvarlig måte under selve gjennomføringen av prosjektet.

*Tilsvaer:*

*Se ROS-analyser og fremdriftsplan i saksfremlegget*

- 9.2. HSYK Sandnessjøen har gjennomgått en overflaterenovering der kun det mest nødvendige av vedlikehold ble gjennomført. Dette i lys av HSYK 2025 samt de faktiske økonomiske utfordringer foretaket har foran seg. Norconsult ble benyttet med godt resultat i Sandnessjøen. Hvorfor har en nå byttet ut Norconsult, da en kunne høstet fordeler ved å benytte samme konsulent på tilsvarende renoveringsprosjekt på HSYK Mo i Rana? Renovering av HSYK MSJ ble også gjennomført, men da med blant annet COWI som konsulent. I forbindelse med renovering av HSYK MSJ var det ikke snakk om renovering av operasjonssal, slik at det blir mest nærliggende å sammenligne renovering av HSYK Sandnessjøen og HSYK Mo i Rana.

*Tilsvaer:*

*Prosjektet i Rana legger opp til akkurat samme standard som det var i Sandnessjøen. Tillegget i Rana er et økt areal. Skisseprosjektet ved Mo i Rana er gjennomført med personell hos Ratio og COWI som har lang erfaring med sykehusprosjektering og rehabilitering av sykehus spesielt. Det samme personellet som har vært benyttet også i forbindelse med utbygging av Nordlandssykehuset i Bodø og siste ombygging i Mosjøen. Rådgivertjenestene er kontrahert via rammekontrakter. COWI oppfattes blant de ledende ingeniørfirmaer i Norge innenfor sykehusplanlegging.*

- 9.3. Kan en ved å analysere dagens kapasiteter grundig (ikke bare personellkapasitet) samt fordele og samkjøre arbeidsoppgaver bedre i hele foretaket, få en bedre ressursutnyttelse, og dermed redusere prosjektet på Mo i Rana betraktelig, slik at prosjektet får en kostnad som er mer passende for et prosjekt med 10-års ramme og sett i lys av HSYK 2025?

*Tilsvaer: Se 1.5*

For fagforeningene

David Jakobsen

David Jakobsen, NITO