

2019:00268 - Åpen

# Rapport

## Framtidig sykehusstruktur Helgelandssykehuset

Vurdering av alternative plasseringer av sykehus og distriktsmedisinske sentre

### Forfattere

Tarald Rohde

Håvard Bergsdal, Odd André Hjelkrem



**EMNEORD:**  
Sykehus  
Utviklingsplan  
Bærekraft  
Reiseavstand  
Miljøregnskap

# Rapport

## Framtidig sykehusstruktur Helgelandssykehuset

Vurdering av alternative plasseringer av sykehus og distriktsmedisinske sentre

**VERSJON**

1,0

**DATO**

2019-02-01

**FORFATTERE**

Tarald Rohde  
Håvard Bergsdal, Odd André Hjelkrem

**OPPDRAGSGIVER**

Rana utvikling

**OPPDRAGSGIVERS REF.**

Knut Brinchmann

**PROSJEKTNR**

102019272

**ANTALL SIDER OG VEDLEGG:**

30

**OM RAPPORTEN**

I oktober 2014 forelå en utviklingsplan for Helgelandssykehuset fram til 2025. Den beskriver antatt behov for sykehustjenester i 2025 og viser hvordan disse kan dekkes med ulike alternativer som alle konsentrerer seg om bygg. Behovene er behandlet som konstante, korrigert for den demografiske utviklingen. Så kan disse behovene dekkes med ulike alternativer for hvor byggene er plassert. Byggene er sykehus eller distriktsmedisinske sentre (DMSer).

Rana kommune behandlet planene for Helgelandssykehuset i formannskapet 28.08.18 og i kommunestyret 04.09.18. I sin behandling viser Rana kommune til at man spesielt ønsker en grundig vurdering av bærekraftsutfordringene for Helgelandssykehuset, hvordan ulike løsninger vil påvirke rekrutteringen til spesialisthelsetjenesten og kommunikasjonsutfordringene knyttet til de ulike løsningene.

SINTEF har i samråd med Rana utvikling skrevet en rapport vi håper kan inngå i det videre planarbeidet som skal konkludere med hvilken sykehusstruktur som skal velges for Helgelandssykehuset.

**UTARBEIDET AV**

Tarald Rohde

**SIGNATUR****KONTROLLERT AV**

Trond Halvorsen

**SIGNATUR****GODKJENT AV**

Stine Hellum Braathen

**SIGNATUR****RAPPORTNR**

2019:00268

**ISBN**

978-82-14-06821-4

**GRADERING**

Åpen

**GRADERING DENNE SIDE**

Åpen

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Bakgrunn.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Beskrivelse av oppdraget.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Hvordan rapporten er bygd opp.....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Dagens somatiske sykehusstilbud på Helgeland.....</b>	<b>4</b>
4.1	Pasientbehandlingen .....	5
4.1.1	Kvalitet.....	6
4.1.2	Egendekning for Helgelandsykehuset HF.....	7
4.1.3	Ambulansetransporter .....	8
4.2	Rekruttering .....	9
4.3	Den økonomiske situasjonen.....	10
4.4	Bygningenes tilstand .....	11
<b>5</b>	<b>Hva er det gode og effektive sykehuset.....</b>	<b>12</b>
5.1	Kvalitet .....	12
5.2	Effektivitet.....	12
5.3	Rekruttering .....	13
5.4	Sykehus og bosetting .....	14
5.5	Mulige teknologiske løsninger i framtida .....	15
<b>6</b>	<b>Samfunnsøkonomiske vurderinger.....</b>	<b>15</b>
<b>7</b>	<b>Vurdering av alternativene .....</b>	<b>16</b>
7.1	To sykehus og to DMS.....	17
7.2	Ett sykehus og opp til tre DMSer .....	18
7.2.1	Sykehuset plassert i Mo i Rana .....	18
7.2.2	Sykehuset plassert i Vefsn .....	19
7.3	Reiser for pasienter og ansatte alle alternativer .....	20
<b>8</b>	<b>Pasientlekkasjer .....</b>	<b>21</b>
<b>9</b>	<b>Vurdering av Helgelandsykehusets forventede bærekraft .....</b>	<b>25</b>
<b>10</b>	<b>Anbefalinger for planarbeidet videre .....</b>	<b>27</b>
<b>11</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>28</b>
<b>A</b>	<b>Referanser.....</b>	<b>29</b>

## 1 Bakgrunn

I oktober 2014 forelå en utviklingsplan for Helgelandssykehuset fram til 2025. Den beskriver antatt behov for sykehustjenester i 2025 og viser hvordan disse kan dekkes med ulike alternativer som alle konsentrerer seg om bygg. Behovene er behandlet som konstante, korrigert for den demografiske utviklingen. Så kan disse behovene dekkes med ulike alternativer for hvor byggene er plassert. Byggene er sykehus eller distriktsmedisinske sentre (DMSer). Det er etablert en styringsgruppe som inkluderer ekstern bistand. I mai 2018 forelå en prosjektplan for å videreføre det som kalles tidligfasen for sykehusplanlegging. Sykehusbygg HF har oppdraget som prosjektleder av arbeidet med å ramme inn det som skal utredes videre i en konseptfase. På Helgelandssykehusets hjemmesider er det presentert en framdriftsplan der dette arbeidet er planlagt avsluttet i september 2020.

Oppdraget gitt Helgelandssykehuset i oppdragsdokumentet for 2013, og som ligger til grunn for arbeidet, er: *Helgelandssykehuset skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste på Helgeland, i samarbeid med kommunene, samt styrke forskning, fagutvikling og utdanning.*

I oktober behandlet styret en bærekraftsanalyse som viste hvilket investeringsvolum Helgelandssykehuset kan bære.

3. desember 2018 ble det avholdt en dialogkonferanse med inviterte kommuner og andre interessenter. Der la den eksterne ressursgruppa fram sin foreløpige rapport. Der presenteres hvilken struktur og lokalisering gruppa anbefaler som beste løsning for spesialisthelsetjenesten på Helgeland, og hvilke vurderinger som ligger til grunn for anbefalingen.

SINTEF fikk en forespørsel fra Rana utvikling om å vurdere de foreliggende planene. Avtale om å utføre oppdraget ble inngått 19. september.

## 2 Beskrivelse av oppdraget

Rana kommune behandlet planene for Helgelandssykehuset i formannskapet 28.08.18 og i kommunestyret 04.09.18. Deres foretrukne modell er en løsning med ett stort akuttsykehus i nord (Mo i Rana) og et mindre akuttsykehus ved sjøen (Sandnessjøen), med luftambulans og DMS i Brønnøysund. I sin behandling viser Rana kommune til at man spesielt ønsker en grundig vurdering av bærekraftsutfordringene for Helgelandssykehuset, hvordan ulike løsninger vil påvirke rekrutteringen til spesialisthelsetjenesten og kommunikasjonsutfordringene knyttet til de ulike løsningene.

SINTEFs oppdrag har vært å vurdere:

1. Modellen anbefalt av kommunestyret med ett stort akuttsykehus i Mo i Rana, et mindre akuttsykehus i Sandnessjøen og ett DMS i Brønnøysund og ett i Mosjøen.
2. Et sykehus og 3 DMS. Det vises to alternative plasseringer. Ett i tråd med ressursgruppas anbefalinger der sykehuset er plassert i Mo i Rana. Ett i tråd med tidligere tanker om at dette sykehuset skulle plasseres i Vefsn kommune.

For de ulike alternativene ønsket man belyst:

Bærekraftsutfordringene knyttet til de ulike alternativene hvor man tar med investeringskostnader, inkludert ny infrastruktur, transportkostnader for pasienter, pårørende og ansatte, miljøkostnader, avstandskostnader, omstillingskostnader og eventuelle stordriftsfordeler/ulempes.

En vurdering av om plasseringen av sykehuset/ene vil påvirke antall pasienter som søker behandling i andre sykehus enn de som er en del av Helgelandssykehuset.

SINTEF og oppdragsgiver er inneforstått med at oppdraget skal løses ved å beskrive de vesentlige forskjellene mellom de ulike alternativene slik at rapporten kan benyttes i det videre arbeidet med å presisere og anbefale hvilke alternativer som bør utredes i konseptfasen.

### 3 Hvordan rapporten er bygd opp

SINTEF har i samråd med Rana utvikling ønsket å skrive en rapport vi håper kan inngå i det videre planarbeidet som skal konkludere med hvilken sykehusstruktur som skal velges for Helgelandssykehuset. I kapitlene 4-7 presenterer vi en faktabasert framstilling av dagens situasjon, hva vi vet om sykehusdrift som kan være relevant for planene for Helgeland og hva de ulike alternativene vil innebære av endringer fra dagens situasjon. I kapittel 8 og 9 drøftes mulige pasientlekkasjer og hva som må vurderes i beregningen av foretakets økonomiske bærekraft. En diskusjon med anbefalinger av hva man bør arbeide med videre er samlet i kapittel 10.

Kapittel 4 en presentasjon av dagens situasjon for Helgelandssykehuset uten at det foretas en vurdering av denne.

Kapittel 5 presenterer, så godt det kan dokumenteres, hva vi vet om hva som bidrar til at et sykehus leverer gode resultater.

Kapittel 6 behandler kort hvilke samfunnsøkonomiske vurderinger som bør vurderes når sykehusstruktur skal behandles.

Kapittel 7 beskriver hva som vil endre seg i forhold til dagens situasjon ved de tre alternative løsningene for ny sykehusstruktur.

Kapittel 8 vurderer mulige pasientlekkasjer, spesielt i lys av det som Oslo Economics har skrevet om Sør-Helgeland kommunene Brønnøy og Sømna i sin rapport skrevet på oppdrag fra Alstadhaug kommune.

Kapittel 9 gir en vurdering av den økonomiske bærekraften til Helgelandssykehuset HF.

Kapittel 10 presenterer våre anbefalinger til videre arbeid med sykehusplanene.

Kapittel 11 er vår konklusjon for rapporten.

### 4 Dagens somatiske sykehusstilbud på Helgeland

Våre analyser konsentrerer seg om den somatiske delen av tjenestene til Helgelandssykehuset. Det er denne delen som krever de største investeringene og det er plasseringen av disse tjenestene som i første rekke diskuteres.

I dag er det tre sykehus i området. Målt i antall opphold er de omtrent like store. Tabell 1 viser antall opphold ved sykehusene i 2017. Antall opphold er det samme som antall besøk og omfatter både inneliggende, pasienter som får dagbehandling og pasienter som blir vurdert og behandlet poliklinisk.

**Tabell 1 Antall pasientopphold 2017 for Helgelandssykehuset HF fordelt på de tre sykehusenhetene**

Sandnessjøen	Mosjøen	Mo i Rana	Helgelandssykehuset
34 823	31 449	34 346	100 618

Forskjellen mellom sykehusene kommer bedre fram når vi i stedet for pasientopphold ser på oppnådde DRG<sup>1</sup> poeng. DRG er knyttet til den enkelte behandling og skal gjenspeile kompleksiteten til behandlingen. Mo i Rana har da like under halvparten av de samlede DRG poengene, mens Mosjøen har like under 1/5. Det er

<sup>1</sup> Forkortelse for Diagnoseregistrerte grupper

også andre enheter underlagt Helgelandssykehuset som registrerer DRG poeng, men det har vært naturlig å konsentrere seg om de tre sykehusene. Forskjellen mellom Sandnessjøen og Mo i Rana er først og fremst den kirurgiske virksomheten. Mo i Rana står for over 60 prosent av denne. Gruppen "annet" omfatter blant annet kvinner og barn.

**Tabell 2 Fordelingen av DRG poeng for de tre sykehusenhetene og Helgelandssykehuset samlet, 2017<sup>2</sup>**

	Kirurgi	Medisin	Annet	Sum
<b>Sandnessjøen</b>	1045	2708	1228	4981
<b>Mosjøen</b>	551	1336	1074	2961
<b>Mo i Rana</b>	2611	2750	1602	6964
<b>Sandnessjøen</b>	24,8 %	39,9 %	31,5 %	33,4 %
<b>Mosjøen</b>	13,1 %	19,7 %	27,5 %	19,9 %
<b>Mo i Rana</b>	62,1 %	40,5 %	41,0 %	46,7 %

Sykehusenhetene er plassert nord (Mo i Rana), uten ved kysten (Sandnessjøen) og sentralt med kontakt sørover (Mosjøen). De tre enhetene har hovedansvar for befolkningen i "sine" kommuner. Befolkningen i den sørligste kommunen, Bindal, bruker i hovedsak sykehus i Trøndelag. Det er en løsning man er omforent om er god for befolkningen i Bindal.

Hovedoppgaven til Helgelandssykehuset er pasientbehandling. I de foreliggende utredningene er det lite drøftet om det er svakheter ved dagens tilbud som bør rettes opp, og om en endret sykehusstruktur er et egnet middel for å oppnå dette. Vi vil flere steder i denne rapporten vise at dette burde vurderes bedre. En analyse av pluser og minuser ved eksisterende tilbud bør komme før man bruker for store ressurser på bygg.

I regjeringens sykehusplan er det satt opp et mål om å desentralisere det man kan og sentralisere det man må.[1] Samtidig er det anslått et minimums befolkningsgrunnlag for å kunne tilby akutt kirurgi. Det er en generell oppfatning at større fagmiljøer gir en bedre tjeneste enn mindre, men det er ikke dokumentert at mindre sykehus gjør flere feil enn store. Regjeringens sykehusplan understreker at landets geografi forutsetter at løsningen på hvor og hvordan man yter helsetjenester vil måtte variere. Derfor er det viktig at man analyserer eget tilbud godt og blir trygge på hva som vil bidra til å utvikle tjenestene til det bedre.

I dette kapitlet vil vi ikke ta stilling til hva som er best, stort eller lite, men presentere noen faktiske data knyttet til den somatiske sykehusdriften på Helgeland. Vi vil si noe om dagens pasientbehandling, rekruttering til stillinger, den økonomiske situasjonen og tilstanden til dagens bygninger. Utviklingsplanen fra 2014 er veldig innrettet mot bygg. Beregningene tar utgangspunkt i demografi og sykdomsutvikling og viser hva det vil være behov for av bygningsmessig sykehuskapasitet. Det blir i mindre grad drøftet hvordan tilgjengelige ressurser kan disponeres for å forbedre dagens tjeneste. I denne rapporten har vi ingen ambisjon om å foreta en slik analyse, men vi vil trekke fram en del forhold som bør vurderes av Helgelandssykehuset før man låser seg til endelige løsninger for bygg. Skal man bruke store ressurser på bygg bør man være sikre på at det vil bedre tjenesten.

## 4.1 Pasientbehandlingen

På midten av 1970 tallet kom stortingsmeldingen om det regionaliserte helsevesenet. [2] Det etablerte en helsepyramide med primærhelsetjenesten som fundament og så lokal, sentral og regionsykehus i trinnene over. Regionsykehusene hadde igjen fordelt landsfunksjoner mellom seg. Med overgangen til helseforetak ble disse betegnelsene forlatt, men funksjonsdelingen er langt på vei opprettholdt. I denne tidligere pyramiden var de tre sykehusenhetene på Helgeland klassifisert som lokalsykehus. Når de nå er slått sammen

<sup>2</sup> Data fra Norsk Pasientregister (NPR)

i en formell enhet er de styrket, men det er stadig slik at Nordlandssykehuset i Bodø har en bredde i sitt tilbud som er større. Nordlandssykehuset kan derfor sies å ha en rolle slik sentralsykehus hadde tidligere. Over der igjen er UNN regionsykehuset og så vil det være noen behandlinger som bare skal utføres i Oslo, Trondheim eller Bergen. En vurdering av pasientbehandlingen i Helgelandssykehuset må derfor ha med i vurderingen at noen pasienter skal sendes videre til andre sykehus. Like mye som behandlingen som gis skal være god, skal kunnskapen om hvilke pasienter som bør sendes videre være god.

Sett i forhold til kommunehelsetjenesten og primærhelsetjenesten er det et ønske om at færre pasienter skal behøve å bli overført til sykehus. Dette ble beskrevet i Samhandlingsreformen [3] og har blant annet fått sitt uttrykk i at det er opprettet kommunale akuttstenger (KAD) i kommunene. Der skal pasienter kunne vurderes av sykepleiere og fastleger og man kan forhåpentligvis unngå at de behøver å sendes videre til sykehus. Riksrevisjonen har i sin vurdering av fastlegeordningen dokumentert at fastleger mener de kan bidra til å redusere overføringen av pasienter til spesialisthelsetjenesten om kontakten med legespesialister hadde vært bedre og mer funksjonell [4]. I juni forelå Helse Nord RHF sitt høringsutkast til en utviklingsplan fram mot 2035. Her er det ikke beskrevet noen mål som er veldig forskjellige fra de som er lagt til grunn i Helgelandssykehusets utviklingsplan [5]. Den demografiske endringen viser en befolkningsøkning på 7 % fram mot 2035, der all veksten er i aldersgruppen 69 år og eldre. Det forventes en vekst i antall døgnpasienter om lag på nivå med befolkningsveksten, men en liggedagsvekst på 13 %. Veksten i poliklinisk aktivitet og dagbehandling forventes å bli sterk. Av sykehusområdene er Helgeland det eneste der man forutsetter at antallet døgnpasienter vil synke svakt.

#### 4.1.1 Kvalitet

Helsedirektoratet fører statistikk som skal kunne si noe om kvaliteten på tjenestene som ytes av spesialisthelsetjenesten. Vi antar at disse resultatene skal brukes med forsiktighet, men kan kanskje brukes som en indikasjon på hvilke områder som har behov for en bedring og om et sykehus ligger gjennomgående lavt eller høyt, eller om det varierer. En av kriteriene, sykehusinfeksjoner, registreres ikke lenger. Siste registrering er fra 2016. Vi har likevel tatt den med i tabell 3.

**Tabell 3<sup>3</sup> Helgelandssykehusets plassering i forhold til andre sykehusenheter, kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet, for i alt 9 indikatorer**

Plassering	Antall
Antall beste tredjedel	Ingen
Antall i beste halvdel	4
Antall i beste ¾ deler	6
Antall i dårligste tredjedel	3

Helgelandssykehuset hadde i september 2018 den laveste ventetida av alle foretak i Helse Nord. Den var også lavere enn gjennomsnittet for de tre andre helseregionene.

Tabell 3 indikerer at kvaliteten ved Helgelandssykehuset varierer noe, men at den er ganske gjennomsnittlig sett i forhold til andre sykehus. De ligger aller dårligst an når det gjelder postoperative infeksjoner. Dette registreres ikke lenger og årsaken kan være at disse registreringene viste seg å være beheftet med for mange feil. En høy andel infeksjoner kan ha sammenheng med dårlig bygningsmasse, men det behøver ikke å være slik. I den siste registreringen lå St. Olavs hospital med en høyere andel postoperative infeksjoner enn Helgelandssykehuset, til tross for sitt ganske nye sykehus.

<sup>3</sup> Antall enheter omfatter både regionale helseforetak, helseforetak samlet og deres underliggende enheter samt private. Tabellen viser Helgelandssykehuset plassering og ikke de de tre sykehusenhetene.

En bedring av kvalitet kan oppnås med nye og bedre tilpassete bygg, men det kan hende andre tiltak vil være mer effektive. Slike tiltak kan være å styrke fagkompetansen der foretaket har for svak kompetanse eller bruke flere ressurser til å bedre pasientlogistikken. Det er viktig å være oppmerksom på at alle tiltak som trenger mer ressurser må tas fra foretakets budsjett. Helse Nord har riktignok noen midler som de overfører til nye byggeprosjekt som er godkjent, men de utgjør bare en mindre del av de samlede investeringskostnadene. Både Ahus og Østfoldsykehuset har fått erfare hvordan byggekostnader spiser seg inn i den daglige driften på sykehuset, den som har direkte pasientkontakt. Derfor er det viktig å skaffe seg et godt bilde av hva man ønsker å forbedre og hvordan ressursene benyttes for å oppnå denne forbedringen.

#### 4.1.2 Egendekning for Helgelandsykehuset HF

Vi har erfart at mange byggeprosjekt er opptatt av hva som kalles pasientlekkasje. Det framstilles som et mål å ta hjem pasienter, og det er en underliggende forutsetning for dette resonnementet at det er økonomisk fordelaktig. Her vil vi knytte noen kommentarer til dette.

Vi har tidligere vist til Stortingsmeldingen om det regionaliserte sykehusvesenet som stadig ligger til grunn for hvordan vi ønsker at våre sykehus skal fungere og samarbeide. Da forutsettes det en funksjonsfordeling. Alle pasienter skal ikke behandles på ett sykehus. De skal behandles der det er rett kompetanse. På 1980-tallet opererte man med normer for hvor stor del av pasientpopulasjonen som skulle behandles på de enkelte nivåene. Det er lenge siden dette er benyttet i planleggingen av sykehus, men det var viktig da fordelingen av ansvar mellom nivåene skulle etableres. Tabell 4 viser hvordan sengfordelingen skulle være. For Helgeland betydde det at de selv skulle behandle like under 60 % av pasienter fra sitt område, litt over 30 % skulle sendes til Nordlandssykehuset, 8-9 % til UNN i Tromsø og 1 % til Oslo, Bergen eller Trondheim.

**Tabell 4 Normene for fordeling av senger mellom sykehusnivåene benyttet på 1980-tallet**

	Lokalsykehus	Sentralsykehus	Regionsykehus	Landsfunksjoner
<b>Andel senger i prosent</b>	56,7	33,8	8,5	1,0

Tabell 5 viser hva egendekningen er for Helgelandssykehuset i 2017. Den er da vesentlig høyere enn hva de gamle normene mente den skulle være. Vi må tro at etableringen av Helgelandssykehuset med de geografiske enhetene har bidratt til å styrke den lokale kompetansen, slik at flere kan få et tilbud på Helgeland.

Sammenlignet med noen andre områder, f. eks. Østfold og Sogn og Fjordane, er egendekningen lav. Sammenligningen er ikke "rettferdig". Både Sogn og Fjordane og Østfold har sykehus som etter tidligere klassifisering er sentralsykehus. Derfor vil det riktige sammenligningsgrunnlaget være å se på egendekningen når vi også inkluderer Helgelendinger som benytter seg av Nordlandssykehuset i Bodø. Da er egendekningen hele 89,1 %, klart høyere enn for både Østfold og Sogn og Fjordane.

**Tabell 5 Egendekning for Helgelandsykehuset sammenlignet med to foretaksområder**

	Østfold	Sogn og Fjordane	Helgelands-sykehuset
<b>Andel i prosent</b>	81,4	83,5	79,2

Vurderingen av om flere pasienter bør tas hjem må inkludere en faglig vurdering av hva som er god pasientbehandling. Det synes som Helgelandssykehuset behandler en større andel av sine innbyggere enn man kunne forvente.

Det er satt av et eget kapittel der mulige pasientlekkasjer sørover, spesielt til Namsos sykehus er behandlet. (Kapittel 8)



Ønsket om å ta pasienter hjem til Helgelandssykehuset begrunnes også med at det er økonomisk gunstig. Tabell 6 viser at Helgelandssykehuset har en forholdsvis høy kostnad per DRG-poeng. Hvis det forutsettes at de som behandles utenfor Helgeland gjennomgående er noe mer krevende enn de som behandles og vurderes på Helgelandssykehuset, kan en hjemtaking bli mer kostbart enn i dag, forutsatt at kapasitetsutnyttelsen i dag er god. Hvis det er ledige ressurser vil situasjonen kunne bli en annen. Det vi ønsker å få fram er at hjemtaking av pasienter ikke uten videre er gunstig, hverken for kvaliteten i pasientbehandlingen eller driftsøkonomien.

**Tabell 6 Foretakenes kostnad per DRG poeng 2017**

Helseforetak	Kostnad per DRG-poeng
Finnmarkssykehuset HF	75033
Sunnaas sykehus HF	72368
Nordlandssykehuset HF	63221
Helgelandssykehuset HF	62486
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	61019
Oslo universitetssykehus HF	59275
St Olavs hospital HF	56546
Akershus universitetssykehus HF	52677
Helse Bergen HF	49227
Sykehuset Østfold HF	48078

#### 4.1.3 Ambulansetransporter

I Oslo Economics' vurdering av hvor et nytt felles sykehus skal ligge blir det vist til en større grad av landingsproblemer for helikopter i Mo i Rana enn i Sandnessjøen. I to svar fra Norsk Luftambulansse [6] og Luftambulanssetjenesten [7] hevder Norsk Luftambulansse at de ikke har registrert dårligere regularitet på innlandsflygninger enn kystflygninger. Det er dette selskapet som skal overta luftambulanssetjenesten i området. Luftambulanssetjenesten, som er del av det regionale helseforetaket, bekrefter at det er noe mer utfordrende å fly i innlandet vinterstid, på grunn av ising, men presenterer ikke noe tall over regularitet. For å utfylle bildet presenterer vi under det samlede antallet pasienttransporter med ulike typer ambulanser. Den dominerende transportformen er ambulansebil og ambulansebåt. Ambulanshelikoptertransporter utgjør ca. 5 %. Vi har ikke tall fordelt på sykehusenhetene. Sikkerheten knyttet til ambulansetransporter bør derfor ikke ha noen innvirkning på valg av sykehusmodell for Helgelandssykehuset.

**Tabell 7 Antall pasienttransporter administrert av AMK Helgeland 2016**

Pasienttransporter	Antall
Ambulanse	9 415
Ambulansebåt	1 982
Ambulansefly	662
Ambulansehelikopter	785
Redningshelikopter	366
Akuttlegebil	30
Annet kjøretøy	786
<b>Sum</b>	<b>14 026</b>

## 4.2 Rekruttering

Helsedirektoratets siste årsrapport om leger i spesialist- og kommunehelsetjenesten viser en vekst i legestillinger som har vært større enn befolkningstilveksten. [8] Den konkluderer med at det er en tilfredsstillende legedekning, men at fordelingen ikke er optimal. Det er forskjeller både mellom spesialiteter og geografisk. Det lages ikke en tilsvarende rapport om sykepleietjenesten. På oppdrag for Helsedirektoratet er det utarbeidet en rapport Helse-Norge 2040 [9] der ulike forutsetninger for hvordan samfunnet vil prioritere legges til grunn, og hvor det vurderes hvordan dette vil slå ut i behovet for arbeidskraft i helsetjenesten. I ett av scenarioene vil behovet for sykepleierstillinger dobles. Behovet for leger vil også øke kraftig.

Alle med ansvar for helsetjenesten på ulike nivå er derfor opptatt av hvordan de kan rekruttere til sine virksomheter. Helse Nord har utarbeidet en regional handlingsplan der de beskriver hvordan de vil arbeide på dette området [10]. Helgelandssykehuset samlet og de tre sykehusenhetene har alle laget sine vurderinger av behovet for stillinger fram mot 2025.<sup>4</sup>

Vi har sett på utviklingen av årsverk innenfor de ulike stillingskategoriene for Helgelandssykehuset og sammenlignet med utviklingen for de fire helseregionene. Gjennomgangen viser at utviklingen har vært ganske lik for alle. Siden 2008 har antall legeårsverk for Helgelandssykehuset økt med 36 %, ubetydelig høyere enn for Helse Nord samlet, men noe bak regionen med høyest vekst. Det var Helse Sør Øst RHF med en vekst på 45 %. Helgelandssykehuset hadde høyest vekst (26 %) for sykepleiere og for de med annen utdanning på nivå med videregående utdanning (61 %). Veksten i ansatte med annen universitets- og høyskoleutdanning var på 28 %. Dette var litt høyere enn for Helse Nord RHF samlet, men bak de tre andre regionene. I denne sammenligningen er det det årsverk for psykologer som framstår som en utfordring. For denne stillingskategorien var det en reduksjon. Reduksjonen for Helse Vest RHF var større, mens spesielt Helse Sør Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF hadde en kraftig vekst av slike stillinger.

Bildet denne sammenligningen gir er at Helgelandssykehuset ikke skiller seg ut fra spesialisthelsetjenesten som helhet når det gjelder rekruttering. Stikkprøver tatt ved å se på utlysning av stillinger viser heller ikke at Helgelandssykehuset har en spesiell vanskelig situasjon når det gjelder rekruttering.

Ressursgruppa som arbeider med planlegging av hvordan foretaket skal utvikles har fått tilsendt en vurdering av rekrutteringssituasjonen for Helgelandssykehuset per mai 2018. Den viser en situasjon der det er viktige forskjeller mellom faggrupper og spesialiteter. Det vises til at man har som politikk å utdanne sine egne spesialsykepleiere og at dette er stillinger som sjelden lyses ut. Tilgangen på LIS<sup>5</sup> leger er gjennomgående god. Man merker konkurransen med kommunene når det gjelder sykepleiere. Utfordringene gjelder i første

<sup>4</sup> Hentet fra hjemmesidene til Helgelandssykehuset. Oversikter sendt ressursgruppa.

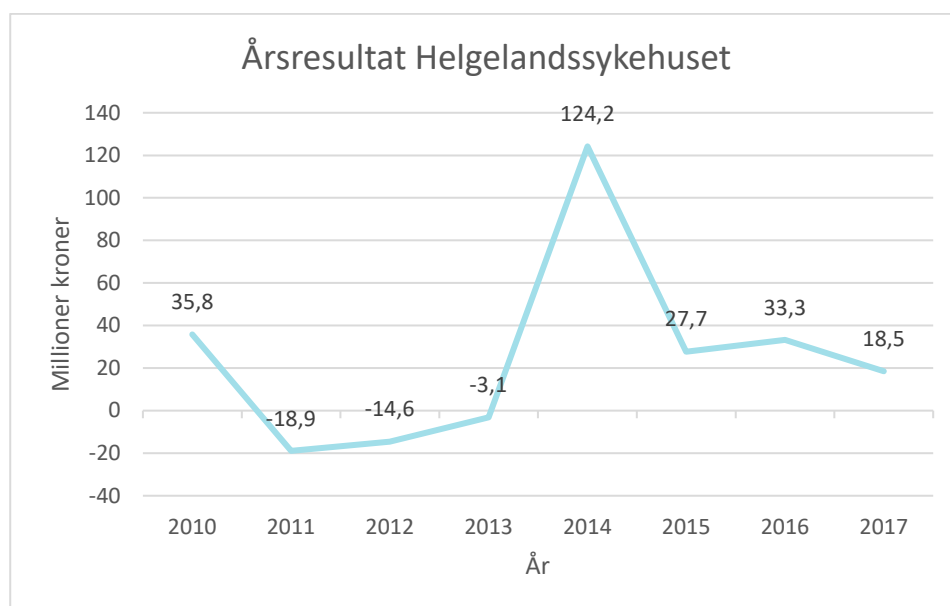
<sup>5</sup> Forkortelse for leger i spesialisering

rekke å få dekket stillinger som psykiatere og psykologer. Arbeidet med å ha alle stillinger besatt i de mindre fagområdene beskrives som en utfordring.

Utfordringene Helgelandssykehuset har når det gjelder rekruttering er krevende, på lik linje med hva som er tilfellet for spesialisthelsetjenesten i Norge. Det synes ikke som Helgelandssykehuset har noen særegne utfordringer på dette området.

### 4.3 Den økonomiske situasjonen

Figur 1 viser årsresultatet for Helgelandssykehuset. 2014 var et år som avvek fra normalen for alle foretak på grunn av endringer av hvordan pensjoner ble ført. Hovedbildet er da at etter noen vanskelige driftsår er foretaket nå i en situasjon der de har et overskudd på 20-30 millioner kroner.



**Figur 1** Årsresultat for Helgelandssykehuset 2010-2017

Et overskudd på 20 millioner kroner vil kunne bære et lån på 250-260 millioner kroner hvis rentefoten forventes å bli 6 %. Om rentefoten gikk ned til 4 % ville lånebeløpet kunne heves til noe over 310 millioner kroner.

Helgelandssykehuset har en ubenyttet trekkramme hos Helse Nord RHF på 60 millioner kroner og en positiv saldo på 402,1 million kroner. Investeringer som foretas nå er egenfinansiert. Inkludert overføringer fra 2016 var investeringsrammen i 2017 på 174,4 millioner kroner. Av rammen ble ca. 75 millioner kroner benyttet i 2017. De viktigste investeringene var:

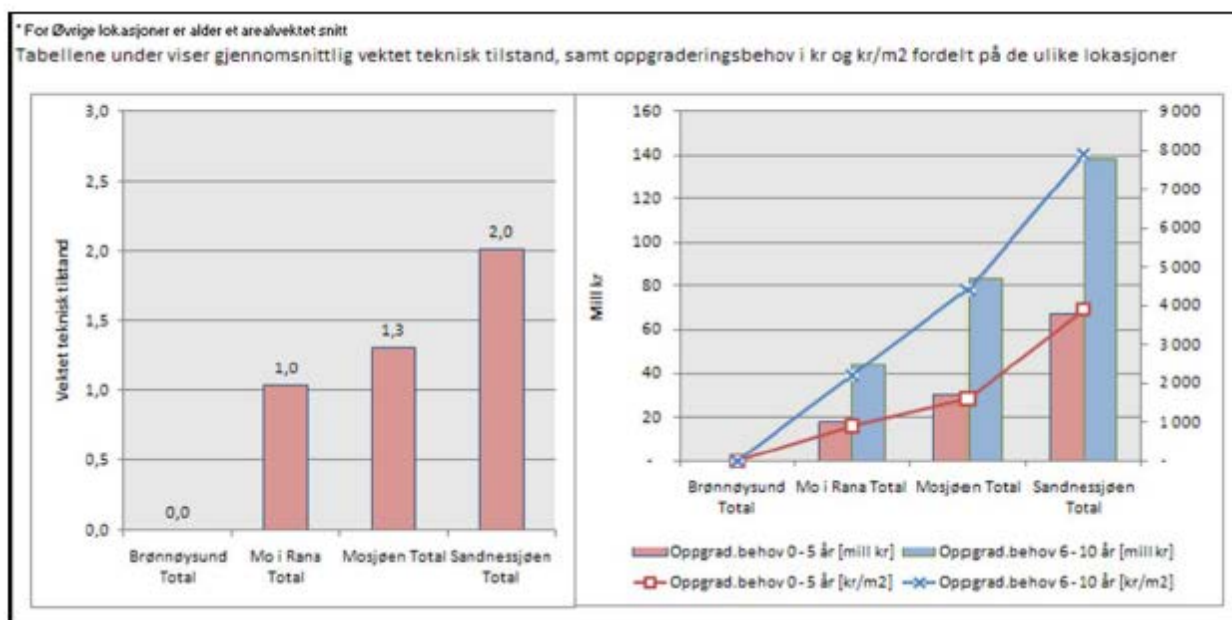
- Ombygging medisin/intensiv Mosjøen (ferdigstilt)
- Renovering operasjonsavdeling/nødstrøm Sandnessjøen (ferdigstilt)
- Telemetri
- Annet medisin teknisk utstyr
- Nye ambulanserbiler
- Egenkapitalinnskudd KLP

Med forbehold om at det foreligger føringer SINTEF ikke er kjent med, vil Helgelandssykehuset ha til disposisjon et engangsbeløp på like over 400 millioner kroner til investering, om Helse Nord RHF godkjenner at beløpet kan benyttes. Trekkerammen på 60 millioner kroner er å sammenligne med et lån. Om

dette benyttes vil det påløpe renter. Helse Nord RHF har krav til overskudd for alle sine foretak. Det er derfor ikke slik at alt overskudd, uten et eget vedtak, kan benyttes til investeringer. For Helgelandssykehuset er resultatkravet 20 millioner kroner hvert år, fram mot 2023. Siden 2010 er det to år der overskuddet har vært større enn dette. Vi vil gi en vurdering av bærekraft seinere i denne rapporten. Denne gjennomgangen av noen hovedtall for foretaket viser at en større investering må ledsages av betydelige innsparinger knyttet til foretakets daglige drift.

#### 4.4 Bygningenes tilstand

Figurene under er hentet fra utviklingsplanen[11] og er et resultat av Multiconsult sin vurdering av dagens bygningsmasse. De største oppgraderingsbehovene, både på kort og lang sikt er ved Sandnessjøen, deretter kommer Mosjøen og lavest er behovet for Mo i Rana. Den gjennomsnittlige tekniske tilstanden har samme rangering. For å gjennomføre disse oppgraderingene må det i løpet av neste 10-års periode brukes noe over 300 millioner kroner.



**Figur 2 Oppgraderingsbehov for Helgelandssykehuset<sup>6</sup>**

Vurderingen av fleksibilitet, generalitet og elastisitet i tabell 8 leses slik at laveste tall er det beste. Vektet fleksibilitet er ganske lik. Med fleksibilitet menes mulighetene til å endre planløsningen for funksjonsområder om det er ønskelig. Sandnessjøen har noe bedre generalitet enn Mo i Rana, mens den for Mosjøen er klart dårligst. Generalitet viser hvor lett det er å etablere en ny funksjon i et eksisterende område. Elastisitet er muligheten for å utvide dagens bygninger. Det kan være viktig i en situasjon der man må begrense nybygging av økonomiske hensyn. Mo i Rana har klart best elastisitet, mens den er dårligst for Sandnessjøen.

<sup>6</sup> Fra Utviklingsplanen, utarbeidet av Multiconsult.

**Tabell 8 Samlet vektet grad av fleksibilitet, generalitet og elastisitet**

Lokalisasjon	Vektet fleksibilitet	Vektet generalitet	Vektet elastisitet
Brønnøysund	1,1	1,4	1,5
Mo i Rana	1,3	1,3	1,4
Mosjøen	1,4	1,6	1,8
Sandnessjøen	1,3	1,2	2
<b>Samlet</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,7</b>

For alle enhetene, unntatt Brønnøysund, er det flere bygg som har ulike grader av oppgraderingsbehov med ulik grad av fleksibilitet/generalitet og elastisitet. Utviklingsplanen konkluderer med at en modernisering av eksisterende bygg er det mest kostbare fordi man da ikke kan hente ut driftsgevinster. Det er en mulighet for at dette bildet ville blitt endret om man i stedet for å ta utgangspunkt i byggenes behov hadde foretatt en vurdering av hvordan tilgjengelige ressurser best kunne benyttes for å styrke tjenestene som ytes. Deretter kunne man sett på hvilke begrensninger byggene legger for å nå målsettingen. Det er, til nå, lagt lite arbeid i en slik tilnærming.

## 5 Hva er det gode og effektive sykehuset

I Nasjonal helse- og sykehusplan fra 2015 [1] settes det som et mål at man skal desentralisere det man kan og sentralisere det man må. Dette er i liten grad fulgt opp av helseforetakene. I stedet arbeides det med planer om å sentralisere ut fra en oppfatning av at dette vil gi hva man kaller mer robuste fagmiljøer. Dette igjen skal gi bedre pasientbehandling og bedre rekruttering av fagfolk. I avsnittene under drøfter vi noen elementer som indikerer om et sykehus er godt, og om det er slik at størrelse synes å være et element som påvirker sykehusdriften i positiv retning.

### 5.1 Kvalitet

Vi har tidligere vist til hvordan Helgelandssykehuset ligger an, sammenlignet med andre sykehus, når vi ser på indikatorene for kvalitet som publiseres av Helsedirektoratet. Det er ikke forsvarlig å benytte disse registreringene til en rangering av sykehus. Til det vet vi for lite om kvaliteten i registreringene. Samtidig er det en inngang til en diskusjon om størrelse påvirker resultatet som kan være mer fruktbar enn å vise til "robuste" fagmiljø, som heller ikke har noen klar definisjon. Et godt fagmiljø kan være et som er bevisst sine egne begrensninger og som sender pasienter videre når det er nødvendig. I et større "robust" fagmiljø har man ingen sikkerhet for at ikke enkeltpersoner overvurderer sin egen kompetanse. En gjennomgang av kvalitetsindikatorerne viser at det ikke kan registreres noen effekt av størrelse. De som ligger best an er en blanding av våre store og små sykehus.

### 5.2 Effektivitet

De aller fleste studier viser at det er vanskelig å påvise stordriftsfordeler for sykehus [12]. Tabell 6 med kostnad per DRG-poeng viser at Helgelandssykehuset er forholdsvis kostbart, men viser også at noen av de minste sykehusene framstår som mer effektive enn andre. Lavest kostnad har Martina Hansens hospital. Dette kan antagelig knyttes til at dette sykehuset i all hovedsak behandler elektive pasienter og antagelig har en mindre andel kostbare vaktløsninger enn andre sykehus med tilsvarende størrelse.

Mye av kostnadene ved et sykehus er proporsjonale med størrelse og aktivitet. Det gjelder særlig merkantile tjenester, som for eksempel renhold, som avgjøres av areal og arealets beskaffenhet. Noen funksjoner er ikke avhengig av en geografisk plassering. Det gjelder for eksempel telefonsentral, innkjøp og en stor del av regnskapsarbeidet og lønnsbehandlingen. Vedlikehold av bygg kan løses med en mindre sentral

administrasjon og bruk av eksterne (lokale) håndverkere. Vaskeri og matservering blir for mange sykehus i dag utført av eksterne leverandører.

De medisinske avgjørelsene tas i møte med pasienten og legen, kanskje i samråd med nære kolleger. De viktigste grunnene til at den medisinske tjenesten blir økonomisk ineffektiv er at pasientgrunnet er for lite til at den enkelte spesialist klarer å fylle arbeidsdagen med relevant pasientkontakt, at vaktlagene for leger er for små til å få en god løsning og at sengepostene ikke har en optimal størrelse i forhold til å sette opp døgnvakter for sykepleiere. Dessuten vil det i noen tilfelle være nødvendig med råd fra annen fagspesialitet. Hvis denne ikke er på sykehuset kan det føre til utsettelse og eventuell overføring av pasienten dit slik ekspertise finnes.

Analysen av hva som kan forbedre kvaliteten og hva som kan forbedre den økonomiske effektiviteten bør være grundige før det vedtas å starte planleggingen av større sykehusbygg. Utfordringene med for liten bredde i spesialiteter og for få leger innen en spesialitet kan løses ved å flytte disse legene sammen i en større enhet, men den kan i dag også løses med gjennomtenkte konsultasjoner over distanse ved hjelp av videosamtaler, felles vurdering av radiologiske bilder og felles vurdering av laboratorieprøver.

### 5.3 Rekruttering

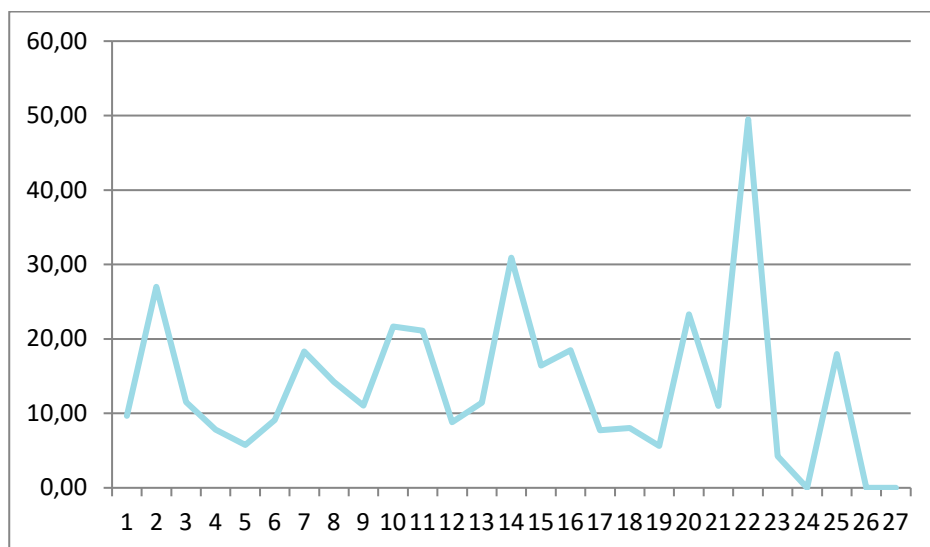
I arbeidet med KU for nytt akuttsykehus i Nordmøre og Romsdal ble det hentet inn tall for hvor populære sjukehus var for turnuskandidater. I dag søker ikke lenger turnuskandidatene slik at den statistikken kan føres som tidligere. Tallene kan derfor ikke oppdateres til i dag. Under siteres et utdrag fra KU-rapporten.

"Vi har studert fordelingen av turnusplasser ved norske sjukehus. Det gjaldt fordelingen av plasser med oppstart av turnus 15. februar 2013. Det var i alt 363 kandidater som fikk velge ved at det trekkes mellom dem hvem som får velge tidlig eller seint. De plassene som går til kandidater med lavt nummer er da valgt tidlig. Et sjukehus der mange av de som velger plass har lavt nummer, synes da å være et populært sjukehus. Om det primært skyldes det faglige tilbudet eller at sjukehuset er plassert nær der kandidaten hører hjemme vet vi ikke. Gjennomsnittet for når sjukehuset blir valgt som turnusplass varierte for eksempel fra 98 for sjukehuset i Kristiansand til 199 for St. Olavs hospital, mens Ullevål sjukehus hadde 141 og Stavanger sjukehus 162. ....

Vi har ikke hatt noen metode til å analysere bakgrunnen for hvorfor sjukehus velges tidlig eller seint, men med de opplysningene som foreligger synes det ikke som det entydig er sjukehusenes fagsammensetning som ligger bak. Sjukehusene i Drammen og Skien er ganske like. Likevel synes Drammen å være svært populært, med et gjennomsnitt valgnummer på 76, mens tilsvarende for sjukehuset i Skien var 239. Vi finner heller ikke at de store sjukehusene er gjennomgående mer populære enn de mindre." [13]

Av Helsedirektoratets vurdering av søknader til turnusstillinger går det fram at Helgelandssykehuset hadde 610 søkere våren 2018 til sine stillinger. I forhold til størrelsen var det mange[14]. Innlandet hadde flest med 814 søkere. Helgeland lå i det lavere sjiktet, men til sammenligning hadde St. Olav 600 søkere og sykehuset i Stavanger 580.

I figur 3 vises ledige stillinger per 100 000 behandlede og hvordan det varierer med sykehusets størrelse. Det framkommer ikke noen sammenheng mellom størrelse og ledige stillinger, når disse er vektet i forhold til antall behandlede.



**Figur 3 Ledige stillinger per 100 000 behandlede og størrelsen på sykehuset. Størrelsen på sykehuset faller fra y-aksen og utover.<sup>7</sup>**

## 5.4 Sykehus og bosetting

Plassering av et sykehus vil påvirke samfunnsøkonomien ved at de som arbeider der skal ha bolig. Mange har ektefelle eller samboer som i de fleste tilfellene også skal ha et arbeid, og det følger gjerne med barn som skal ha barnehageplass og skoleplass. Familiene og enkeltpersonene har behov for å handle alle typer varer og de vil være interessert i å benytte kulturelle tilbud, idrettstilbud og alle former for rekreasjonsmuligheter. De vil også ha behov for transporttjenester. Det samme vil pasienter og besøkende ha. Sykehuset selv er imidlertid ingen stor etterspørter etter lokale tjenester. De store innkjøpene gjøres via sentrale avtaler. Medisinsk teknisk utstyr produseres ikke lokalt. Det er derfor de ansatte og deres nærmeste som bidrar økonomisk til det lokale området. Deres bidrag er til stedet der de bor. Det trenger ikke å være identisk med hvor sykehuset er plassert.

Hvor de ansatte og deres familier velger å slå seg ned er derfor av stor betydning, og det er mye som tyder på at sykehuset i seg selv ikke er noen magnet som tiltrekker seg bomiljøer. Sunderbyn sykehus i Nord-Sverige ble lagt mellom byene Boden og Luleå. Det var en samling av to sykehus som lå i hver av disse byene. 15 år etter åpningen av sykehuset hadde det ikke skjedd noen tilflytning til området. Befolkningsveksten var vesentlig høyere i Luleå som lå 15 km unna. På begynnelsen av 1990-tallet sto det nye sykehuset i Utrecht ferdig. Det var plassert et stykke utenfor bykjernen. Ennå har ikke det resultert i noen fortetting av boliger rundt sykehuset. Vi kjenner ikke til noen omfattende undersøkelser av hvordan sykehusplassering påvirker bosettingsstrukturen, men de to eksemplene over indikerer at folk helst vil bo i etablerte bomiljøer framfor frivillig å etablere nye. Om et nytt sykehus på Helgeland ble plassert i et område uten noen etablert struktur av boliger og tilhørende tjenester, vil antagelig ansatte bli boende der de bor og pendle inn til sykehuset, eller søke seg til andre sykehus.

Det er også eksempler på hvilken treghet det er i arbeidet med å bygge opp et sykehus. Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane ble etablert tidlig på 1970-tallet og skulle erstatte fylkets fire sykehus. Det ble plassert i Førde. I dag er det stadig virksomhet ved tre av de "gamle" sykehusene, selv om tilbudet er redusert på disse tre stedene, Lærdal, Florø og Nordfjord. Omtrent på samme tidspunkt ble Elverum etablert som

<sup>7</sup> Innhentet oversikt over utlyste ledige stillinger i april 2014 ved 10 helseforetak i arbeide med KU for nytt akuttstjukehus i Nordmøre og Romsdal.

sentralsykehuset i Hedmark og man skulle legge ned sykehuset i Hamar. Det er aldri realisert og Elverum har aldri klart å bli det selvsagte alternativet til sykehuset i Hamar.

## 5.5 Mulige teknologiske løsninger i framtida

I Riksrevisjonens vurdering av fastlegenes henvisningspraksis vises det til at fastlegene mener de kan holde flere av sine pasienter utenfor sykehuset om de hadde hatt lettere og tettere kontakt med spesialister på sykehus [4]. Oslo universitetssykehus (OUS) består av flere, etter norsk målestokk, store sykehusenheter. Her er det etablert rutiner med morgenmøter og drøfting av radiologiske bilder gjennom videokonferanse. En stor amerikansk helseorganisasjon som Kaiser Permanente framhever at 80 % av behandlingen utføres av pasientene selv og har som strategi å støtte opp om dette, ikke minst for at pasientene skal få slippe å ta turen inn til sykehuset. Det pågår prosjekter i flere land for å utvikle modeller der sykehuset kan bidra til behandling i pasientens eget hjem. Over 80 % av besøkene til OUS gjelder enten dagbehandling eller poliklinikk, og selv for døgnpasienter er hele 36 % inne for en vurdering og ikke en behandling.<sup>8</sup> En stor del av vurderingene som gjøres av leger og sykepleiere er ikke avhengig av sykehusets stasjonære teknologi. Det vil være både i pasientens og sykehusets interesse at en omfattende ny organisering av tilbudet har en løsning for hvordan man kan bistå pasientene på en god måte uten at de får belastningen med å reise hele veien inn til sykehuset for en konsultasjon som i mange tilfelle ikke varer mer enn femten minutter eller en halv time.

Når det skal investeres store summer i noe som skal ivareta spesialisthelsetjenesten i Helgeland de neste 30-50 årene er det nødvendig å ha en oppfatning av hvordan denne tjenesten kan og bør organiseres. Rapporten som tar opp planene for et distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund legger til grunn at 80 % av den polikliniske virksomheten rettet mot befolkningen i de tilhørende kommunene kan utføres i Brønnøysund. Det er en radikal forutsetning som godt kan være riktig, men da bør det også vurderes om en del av disse pasientene kan gis en fjernkonsultasjon, enten på fastlegens kontor eller hjemme. Siden 1990 er liggedøgn per innbygger i Norge redusert med like under 40 % og fallet ser ikke ut til å flate ut. Poliklinisk virksomhet er nå helt dominerende når det gjelder pasientbesøk og de aller fleste inneliggende er på sykehuset bare en ganske kort tid.

I vurderingen av rekruttsituasjonen gitt av HR seksjonen i Helgelandssykehuset sies det at det er en god og balansert situasjon for de store fagområdene, men at det kan være utfordringer knyttet til de små. Før man bruker store ressurser på å samle de små geografisk bør det vurderes om de da vil bli store nok, eller om man heller skulle utvikle løsninger som knyttet disse fastere til et større fagmiljø gjennom bruk av lett tilgjengelige teknologiske løsninger.

## 6 Samfunnsøkonomiske vurderinger

I forbindelse med store sykehusinvesteringer skal det lages en samfunnsøkonomisk analyse. Slike analyser har som ofte store mangler fordi man ikke har analysert hvordan et nytt bygg påvirker tjenestene. Når slike vurderinger gjøres finnes ingen vurderinger av hva og hvordan tilbudet til pasientene bedres. I stedet forutsettes det som oftest bare at det blir en bedring, og at prosessen er vanskelig å gi en kvantitativ og kvalitativ beskrivelse av.

Nytten av et nytt sykehusbygg er derfor, som regel, lite dokumentert, på en måte som kan inngå i en samfunnsøkonomisk vurdering.

Kostnadene ved selve bygget er som regel veldokumentert og kan også verifiseres i ettertid. Det vil som regel være vanskeligere å knytte kostnader og eventuelle gevinster til de byggene som ikke lenger benyttes. De kan avhendes som bygg gjennom salg eller riving, og en god vurdering av den verdien er ofte vanskelig å fastslå.

---

<sup>8</sup> Foreløpig upublisert artikkel, The fragmented hospital. Rohde, T.



I tilfellet med Helgelandsykehuset vil antagelig alle løsninger som er aktuelle føre til at noen områder på Helgeland får flere arbeidsplasser og innbyggere. Noen vil få færre. Det knytter seg positive økonomiske ringvirkninger til en ny arbeidsplass. For Helgeland samlet vil imidlertid disse virkningene balanseres mot hverandre, slik at den samfunnsøkonomiske virkningen av et valg vil være nøytralt på dette området.

Av de alternativene som har vært presentert så langt i planleggingen, vil løsningen med ett sykehus, plassert utenfor et av de tre nåværende sykehusstedene ha de høyeste samfunnsøkonomiske kostnadene. Det nye sykehuset kan ikke dra nytte av eksisterende bygninger. Alt må bygges nytt. Det må etableres nye tilførselsveier og kostnadene knyttet til kommunal infrastruktur som vann og avløp og el-tilførsel vil være større enn ved andre alternativer. Det vil antagelig være vanskelig å få ansatte til å bosette seg nær sykehuset, slik at de aller fleste, om ikke alle, ansatte vil måtte pendle inn til arbeidet. Dette vil utgjøre både en kostnad til drivstoff og slitasje på bilene, miljøkostnader og velferdskostnader ved at ansatte må bruke mer tid til transport.

Vår antagelse er at ansatte ved sykehuset vil bosette seg i området der sykehuset ligger, om stedet har tilstrekkelig med muligheter for arbeid til voksne familiemedlemmer som ikke arbeider på sykehuset, skoler, barnehager og samlet et godt tilbud for befolkningen. Om dette stemmer vil plasseringer av sykehus i ett av de tre nåværende sykehusstedene da ikke innebære mye pendling..

En samfunnsøkonomisk analyse skal vurdere alternativkostnaden ved et prosjekt. Som tidligere skrevet er det ikke så enkelt å vurdere verdien for pasientene i forhold til kostnadene til investeringer i bygg. Det som kan og bør vurderes er alternativet om å bygge alt nytt satt opp mot muligheten til å benytte eksisterende bygningsmasse. En plassering der mulighetene for det er større enn ved en alternativ plassering, vil vurderes å ha en den laveste samfunnsøkonomiske kostnaden.

Konseptrapporten for et DMS i Brønnøysund forutsetter at 80 % av polikliniske konsultasjoner for befolkningen som sogner dit skal utføres i Brønnøysund. Det kan forutsette en dublering av fagpersoner som vil øke antallet ut over det som en samlet vurdering av Helgelands behov skulle tilsi. Alternativet vil være en god del reising mellom sykehuset og DMSet for fagpersonell, der reisetid vil spise opp tid som alternativt kunne vært benyttet til pasientbehandling. En vurdering av hvordan en framtidig struktur med DMSer skal være vil det derfor kreve samfunnsøkonomiske analyser.

Pasientenes og pårørendes reisetid vil være en kostnad som skal vurderes i en samfunnsøkonomisk analyse. I kapittel 7 er det foretatt en vurdering av dette. En løsning med ett sykehus vil mest sannsynlig føre til flest reiste km for pasienter og pårørende. Om dette kan reduseres ved at man får et sterkere fagmiljø som kan bidra til bedre støtte for primær- og kommunehelsetjenesten er noe som bør vurderes.

## 7 Vurdering av alternativene

Vårt oppdrag er beskrevet i kapittel 2. Vi skal se på to hovedløsninger for en framtidig organisering. Det er A) to sykehus og to DMS og B) ett sykehus med opptil tre DMSer. For løsningen med ett sykehus drøftes en løsning der dette sykehuset plasseres i Vefsn og ett som i tråd med ressursgruppas anbefaling er plassert i Mo i Rana. Det som skal vurderes er bærekraft i bred forstand. Hoved diskusjonen av dette gjøres i kapittel 9. I dette kapitlet drøftes investeringskostnader, driftskostnader og rekruttering. Reisekostnader med tilhørende miljøkostnader presenteres til slutt i kapitlet.

Vi har ikke foretatt en egen vurdering av investeringsbehovet, men baserer oss på de beregningene som er presentert i Utviklingsplanen. Siden alternativene vi skal beskrive er noe annerledes enn de som behandles i Utviklingsplanen drøfter vi hvilke endringer som vil følge av våre alternativ. Utviklingsplanen ble skrevet for noen år tilbake. Sammenlignet med nylig avsluttede sykehusprosjekt og prosjekt som er under planlegging er det overveiende sannsynlig at nye kalkyler vil måtte kalkulere med m2-kostnader som ligger betydelig over de som er benyttet i Utviklingsplanen.

Vi vurderer ikke eventuelle salgsgevinster for de sykehus som blir fraflyttet. Det vil være usikkert om det er en potensiell gevinst å hente som er høyere enn kostnadene med å rive.

### **Konsekvensen av å opprette DMSer**

Ressursgruppa som anbefaler ett sykehus plassert i Mo i Rana vurderer ikke behovet for DMSer. I alle alternativene denne rapporten presenterer er det minst to DMSer. Så langt vi kan vurdere det er ikke DMSene tatt inn i framtidige driftsøkonomiske vurderinger, hverken av Oslo Economics eller Deloitte. Det er også vanskelig å gjøre med nåværende kunnskap, siden det er uklart hvordan denne delen av virksomheten skal organiseres.

Flere steder finnes det erfaringer med DMSer eller det som også kalles Lokalmedisinske sentre (LMS). På Stjørdal har de i flere år hatt et slikt tilbud og sykehuset i Levanger har nå bestemt å utvide det polikliniske tilbudet i Stjørdal [15]. Det sogner fire kommuner til DMSen, og det ble i 2015 gjennomført 1 251 polikliniske konsultasjoner. Det var like over 4 % av alle polikliniske konsultasjoner gitt til innbyggere i disse fire kommunene. Utfordringen har vært å få til gode løsninger for legetjenesten der besøk i Stjørdal kunne passes inn. Fagernes er et av de stedene der man lengst har hatt et slikt tilbud. Det betjener fem kommuner. Av alle polikliniske konsultasjoner gitt til denne befolkningen av Sykehuset Innlandet HF, står Valdres LMS for like under 20 %. Legespesialistene reiser dit fra Lillehammer (110 km) og Gjøvik (98 km). Et DMS som er godt avstemt både i forhold til medisinske behov og krav og økonomi må planlegges godt. De to som er trukket fram her viser at forskjellen, målt i andelen av polikliniske konsultasjoner, er stor.

I konseptrapporten for Brønnøysund DMS forutsettes det at 80 % av polikliniske konsultasjoner gitt til innbyggerne i Sør-Helgeland kan gis av denne enheten. Det er en svært høy andel og SINTEF har ikke kunnskap om andre DMSer med en slik stor virksomhet. Planene for hva som skal bli igjen i Kristiansund når det etableres et nytt sykehus for Nordmøre og Romsdal er vesentlig lavere, mer på linje med det som gjelder for Valdres LMS. I vår beregning av pasientreiser viser vi derfor både et anslag for hvordan dette vil se ut om DMSene tar 80 % og 20 % av de polikliniske konsultasjonene.

## **7.1 To sykehus og to DMS**

Dette alternativet ligger nær alternativ 1 i Utviklingsplanen med den forskjellen at virksomheten i Mosjøen avvikles og det bygges opp et DMS i Brønnøysund og ett i Mosjøen.

### **Investeringsbehov**

Investeringsbehovet kalkulert for alternativ 1 i Utviklingsplanen er 2 630 millioner kroner. Med nybygg som forutsatt i alternativ 1 (Utviklingsplanen) vil kostnadsnivået for to sykehus og to DMS ikke vesentlig forskjellig fra det som er presentert i Utviklingsplanen. Dette alternativet gir fleksibilitet til å velge et investeringsnivå som er tilpasset de økonomiske mulighetene. Multiconsults gjennomgang viser at oppgraderingsbehovet er stort, men deres vurderinger av byggene er ikke balansert mot hva Helgelandssykehuset vurderer de ulike byggene skal brukes til i årene som kommer. Hvis det viser seg at de økonomiske rammene er mindre enn man opprinnelige forutsatte, vil det være mulig å beholde det beste av dagens bygningsmasse og løse oppgaven med tilbygg og ombygging. Erfaringsmessig trenger ikke ombygging å være vesentlig rimeligere enn nybygg, men det avhenger av hvilket nivå for ombygging man legger seg på. Det foreligger en konseptfaserapport med kostnader for et DMS i Brønnøysund. Det vil være mulig å etablere et DMS i Mosjøen i dagens sykehuslokaler.

Bygges de to sykehusene på jomfruelig mark, frittstående fra dagens sykehus, vil det påløpe kostnader til tilførselsveier. SINTEF vet ikke om parkeringsplasser og plass for bussforbindelse og drosjer er inne i kostnadsanslaget presentert i Utviklingsplanen.

## Driftskostnader

Som drøftet tidligere er en stor grad av driftskostnadene proporsjonale med aktivitet og areal. Med en god allokering av ressursene som trappes ned i Mosjøen bør det være mulig å redusere driftskostnadene, men det forutsetter en gjennomtenkt plan for dette og en god involvering av faggruppene. Med en gjennomtenkt vurdering av behovet for døgnbemannede senger og plasseringen av disse, bør det være mulig å etablere driftseffektive enheter på dette området. Når det gjelder vaktordninger for leger vil antallet leger bli noe høyere på de gjenværende to sykehusene enn på de tre som er i dag, og mulighetene for bedre vaktordninger enn i dag er til stede. For de minste spesialitetene vil det likevel være en utfordring å få til faglig gode og kostnadseffektive vaktordninger. Det er en utfordring som antagelig vil være til stede for Helgelandssykehuset også om man velger å satse videre på ett sykehus. Skal det bygges opp en bedre løsning enn i dag, bør foretaket arbeide for å få til et nettverk for sine leger, slik at de kan støtte seg på leger ved andre sykehus i regionen. Med de teknologiske mulighetene som foreligger bør det være både forsvarlig og mulig, men det vil kreve et tett samarbeid med foretakets og regionens leger.

Etableringen av to DMS vil antagelig øke kostnadene per behandlet pasient noe. Dette vil være knyttet til noe lavere arealeffektivitet, det vil si noe lavere utnyttelse av byggene. Videre vil reisetid erstatte behandlingstid for de legene og sykepleierne som omfattes. Alternativet kan være fagpersoner som arbeider fast ved DMSet, men som da antagelig da vil ha færre pasienter enn hva de har kapasitet til å behandle. Om støttefunksjoner ellers også vil føre til økte kostnader vil avhenge av om virksomheten ved DMSet er stort nok til at det balanserer mot de ressursene som må være fast til stede ved DMSet.

## Rekruttering, oppbygging av fagmiljø

Forslaget innebærer at 3-400 personer må flytte. Man må forvente at bare en mindre del av disse vil flytte til et av de to andre sykehusene. Opptrappingen ved de to gjenværende sykehusene må antagelig foretas ved nyansettelser. For merkantilt ansatte vil de i mange tilfelle kunne hentes fra det lokale området. For leger og sykepleiere må man regne med å rekruttere utenfra. En effekt kan også være at mulighetene ved de gjenværende sykehusene blir flere, slik at ansatte som hadde planlagt å flytte på seg blir værende.

Vi synes det er vanskelig å se for seg at fordelingen av disse personene til de to gjenværende sykehusene vil påvirke rekruttering og oppbygging av fagmiljøet på en avgjørende måte, i kraft av sitt antall. Det er antagelig viktigere hvordan prosessen fram til en slik oppbygging legges opp, slik at det "nye" eller de "nye" sykehusene oppfattes som attraktive arbeidsplasser.

## 7.2 Ett sykehus og opp til tre DMSer

### 7.2.1 Sykehuset plassert i Mo i Rana

#### Investeringsbehov

I Utviklingsplanen er kostnaden ved ett nytt sykehus satt til 3,6 mrd. Det er litt uklart om opptil tre DMSer er innbakt i dette kostnadsanslaget. Brønnøysund DMS er i konseptrapporten for dette prosjektet kostnadsatt til 200 mill. kroner. Kostnadsoverslaget som foreligger for ett sykehus forutsetter et helt nytt sykehus. Legges den ene sykehuset til Mo i Rana vil det være mulig å benytte seg av deler av eksisterende bygningsmasse. Dette bør kunne bli en rimeligere løsning, men det avhenger av hvor mye arbeid som må gjøres med å tilpasse nye bygninger til de gamle og om det er nødvendig med ombygginger.

Mye av infrastrukturen det er behov for rundt sykehuset vil være på plass i Mo i Rana, men utvidelsene vil være såpass store at områdene like rundt sykehuset ganske sikkert må tilpasses økt trafikk og behovet for flere parkeringsplasser. Som beskrevet i VISTA analyses rapport er Mo i Rana det stedet som best kan ta opp i seg behovet for skoler, barnehager og arbeid for de/den i familien som ikke arbeider ved sykehuset. Området blir tilført 7-800 flere årsverk og noen flere stillinger, så det vil være behov for å utvide kapasiteten ved barnehager og skoler.

Investeringsbehovet for et DMS i Brønnøysund er anslått i konseptfaserapporten. DMSer i Sandnessjøen og Mosjøen bør kunne etablere seg i de tidligere sykehusene.

### **Driftskostnader**

Kostnaden knyttet til oppbygging og drift av tre DMSer vil avhenge av hvor stort omfang de har. Blir det stort kan det påvirke det nye felles sykehuset, slik at forutsatte driftsgevinster spises opp. Blir omfanget noe mindre vil det uansett ha en kostnad som beskrevet i tilfellet med to sykehus, med den forskjell at dette nå vil være situasjonen for opptil tre enheter. Et alternativ til DMSer kan være at spesialisthelsetjenesten går i et enda nærmere samarbeid med kommunene og fastlegene i området, slik at spesialistenes fagekspertise kan benyttes av disse, slik at pasientene ikke trenger reise til sykehus eller DMS.

Sammenlignet med å ha to sykehus, vil det være mulig å få til en noe bedre vaktløsning for leger, men den kan fort spises opp fordi det også må etableres en turnus for arbeid ved tre DMSer. Sengeposter som kan ha en effektiv døgnbemanning kan etableres, men det er ikke sikkert at det vil være lettere med ett sykehus enn med to. Med to sykehus ville hvert av de to gjenværende sykehusene få en økning på 150-200 ansatte, en økning på noe under 50 %. Med ett sykehus vil antall ansatte tredobles. På kort sikt vil dette være en utfordring både fordi det eksisterende arbeidsmiljøet kommer i mindretall og fordi det vil være en utfordring å få på plass så mange nye på kort tid. Som argumentert for tidligere i rapporten er det usikkert hvor mange av de som i dag arbeider ved de andre sykehusene som vil bli med over til den større enheten. De første årene bør man derfor regne med at driftskostnadene heller øker enn reduseres. En reduksjon kan da oppnås over noe tid, hvis det er godt forberedt hvordan Helgelandssykehuset vil utnytte at man nå er samlet i ett felles sykehus.

### **Rekruttering, oppbygging av fagmiljø**

Som beskrevet tidligere i rapporten er det ikke gode holdepunkter for at et større sykehus rekrutterer bedre enn et mindre. Uansett vil også ett samlet sykehus på Helgeland være et mindre sykehus. Noen fasit på hva som bedrer rekruttering finnes ikke. Det kan være at en tydelig og god faglig profil knyttet til de oppgavene sykehuset har er like viktig eller viktigere enn bredden av spesialiteter. Et godt arbeidsmiljø er også viktig. Om vi forutsetter at disse elementene kan håndteres likt, uansett hvor det ene sykehuset plasseres, vil VISTA analyses vurdering av Mo i Rana som den beste plasseringen med hensyn på rekruttering gjelde, om ett sykehus modellen velges.

## **7.2.2 Sykehuset plassert i Vefsn**

### **Investeringsbehov**

I Utviklingsplanen er kostnaden ved ett nytt sykehus satt til 3,6 mrd. Det er litt uklart om opptil tre DMSer er innbakt i dette kostnadsanslaget. Brønnøysund DMS er i konseptrapporten for dette prosjektet kostnadsatt til 200 mill. kroner. Om dette sykehuset legges på en jomfruelig tomt utenfor eksisterende tettsteder vil det ikke påløpe ekstra kostnader til selve sykehusbygget. Vi er ikke kjent med om utearealer som parkering og plass til busser og drosjer er inne i dette anslaget. I tillegg vil det påløpe kostnader til tilførselsveier.

Slik dette alternativet presenteres, synes det å forutsette at sykehuset legges på et område mellom Mosjøen og Sandnessjøen. Da vil alt måtte bygges nytt og det må etableres en infrastruktur med tilførselsveier, vann og avløp og kraftforsyning.

### **Driftskostnader**

Konsekvensene for driftskostnadene vil i dette alternativet være de samme som hva som er beskrevet for ett sykehus plassert i Mo i Rana.

### **Rekruttering, oppbygging av fagmiljø**

Det er mulig at ett sykehus på Helgeland vil gi et fagmiljø som er mer attraktivt og som rekrutterer bedre enn i dag. Samtidig viser vår gjennomgang at sammenlignet med andre sykehus er situasjonen for

Helgelandssykehuset ganske god på dette området allerede med tre sykehus. SINTEF er enig i at et større sykehus gir flere muligheter, men selv med ett samlet sykehus vil ikke Helgelandssykehuset være stort i norsk målestokk. Utfordringen kan være at det knytter seg mye uro til etableringen av dette større fagmiljøet. Som for driftssituasjonen kan resultatet være at noen velger å avvente hvordan det hele utvikler seg, slik at den potensielle gevinsten først kan høstet etter noe tid. Det største problemet knyttet til rekruttering i dette tilfellet, er at de ansatte må kalkulere med pendling fra ett av de mer bebygde stedene på Helgeland.

### 7.3 Reiser for pasienter og ansatte alle alternativer

#### Pasienter og pårørende

SINTEF har brukt sine modeller til å beregne antall reiste kilometer og konsekvenser for miljø og tid. 0-alternativet er dagens situasjon.

Pasienter som kommer for poliklinikk eller dagbehandling vil kunne ha med seg pårørende. Det gjelder i første rekke barn og de eldste. Vi forutsetter imidlertid at slike dagbesøk gjennomføres sammen, slik at det ikke blir flere reiste km per besøk som på virker CO<sub>2</sub> utslipp og drivstofforbruk. Om den som reiser er yrkesaktiv og i tillegg har med seg en ledsager som også er yrkesaktiv så er ikke denne konsekvensen beregnet i tabellene 9 og 10. For barn og eldre forutsetter vi at følgeren er yrkesaktiv, men den kostnaden er ikke regnet inn i modellen. Inneliggende ligger i gjennomsnitt 4 dager. Vi har beregnet at de da får ett besøk per dag. Det er tatt inn i modellen.

I modellen er det lagt inn ett DMS for Brønnøysund og ett i Mosjøen for alternativ 1. I alternativ 2 er det i tillegg lagt inn et DMS i Mo i Rana og i Sandnessjøen om sykehuset legges i Vefsn, og i Mosjøen og Sandnessjøen om sykehuset legges i Mo i Rana.

Forutsetningen om at 80 % poliklinikk tas i de nye DMSene reduserer antall reiste pasientkilometer sterkt i forhold til om DMSene tar 20 % av polikliniske konsultasjoner for befolkningen i sine nedslagsfelt.

Alternativ 1 vil gi færre reiste kilometer enn i dag, om DMSene oppnår å gi et tilbud til 80 % i sitt ansvarsområde. Om DMSene tar 20 % av polikliniske konsultasjoner vil alle alternativer gi mer reising enn i dag. Dette viser at hvordan Helgelandssykehuset samhandler med DMSer og kommunehelsetjenesten vil påvirke hvor mye reising en reduksjon av dagens tre sykehus til to eller ett vil medføre. Løsningen med ett sykehus i Mo i Rana vil gi flere reiste kilometer for pasientene enn ett sykehus i Vefsn. Økningen i reisetid vil være noe lavere enn økningen i reiste kilometer.

**Tabell 9** Konsekvenser av reiser for pasienter og pårørende ved alternative løsninger for sykehus og DMSer underlagt Helgelandsykehuset HF, DMSene står for 80 % av polikliniske konsultasjoner for sine kommuner

	Alternativ 0	Alternativ 1	Alternativ 2 (Vefsn)	Alternativ 2 (Rana)
<b>Avstand (km)</b>	12 185 655	10 830 000	13 821 731	15 791 664
<b>Tid (min)</b>	14 595 790	12 701 639	14 543 863	15 829 858
<b>CO<sub>2</sub>-utslipp (kg)</b>	2 545 969	2 268 146	3 164 654	3 659 984
<b>Drivstofforbruk (l)</b>	877 920	782 108	1 091 249	1 262 053
<b>Tid (dagsverk)</b>	30 408	26 462	30 300	32 979
<b>Tid (årsverk)</b>	132	115	132	143

**Tabell 10 Konsekvenser av reiser for pasienter og pårørende ved alternative løsninger for sykehus og DMSer underlagt Helgelandsykehuset HF, DMSene står for 20 % av polikliniske konsultasjoner for sine kommuner**

	Alternativ 0	Alternativ 1	Alternativ 2 (Vefsn)	Alternativ 2 (Rana)
Avstand (km)	12 185 655	13 687 742	19 414 214	22 391 540
Tid (min)	14 595 790	15 969 204	19 694 265	21 632 227
CO2-utslipp (kg)	2 545 969	2 903 295	4 494 489	5 243 820
Drivstofforbruk (l)	877 920	1 001 134	1 549 821	1 808 212
Tid (dagsverk)	30 408	33 269	41 030	45 067
Tid (årsverk)	132	145	178	196

### Ansatte

Hvis ett sykehus legges utenfor noen av sentrene, kan man ikke ta for gitt at det etableres nye boliger i nærheten av sykehuset. Da vil de ansatte antagelig bosette seg i det nærmeste tettstedet der det er et mer variert arbeidstilbud, kulturaktiviteter, skoler, barnehager og butikker. De vil da pendle inn fra et av sentrene. På grunn av vaktordninger, avspasering og ferie er ikke alle ansatte på sykehuset hver dag. Et anslag er at om lag 70 % av antallet årsverk reiser til sin arbeidsplass hver dag. Et sykehus plassert utenfor et av de større tettstedene på Helgeland vil da generere om lag 950 arbeidsreiser hver dag av ansatte som bor et stykke unna det nye sykehuset. Avstanden vil antagelig være så stor at det ikke er aktuelt å gå eller sykle. Det vil antagelig etableres bussruter, men bruken av egen bil til og fra arbeid vil være betydelig. Det er nå uvisst om et slikt alternativ er aktuelt. Skulle det bli det og sykehuset er plassert om lag 3 mil fra nærmeste større tettsted, vil kjørte km for ansatte ligge rundt 13 millioner.

Om sykehuset plasseres i et av de tre stedene som i dag har sykehus, er det mest sannsynlig at ansatte vil bo nært sykehuset. Antallet kjørte km av ansatte vil da være ganske liten. Da vil en del gå eller sykle, og det vil eventuelt etableres en bussrute som er tilpasset bostrukturen. Andelen som bruker egen bil vil mest trolig være som i dag. Plasseres det ene sykehuset i Mo i Rana vil antallet årsverk i dette området øke med 7-800. Antall personer vil være noe høyere, siden det er en del delte stillinger.

**Tabell 11 Antall årsverk ved de tre sykehusenhetene til Helgelandssykehuset HF<sup>9</sup>**

Sum	Mo i Rana	Sandnessjøen	Mosjøen
1355	598	455	302

## 8 Pasientlekkasjer

I sin rapport, skrevet på oppdrag fra Alstadhaug kommune, hevder Oslo Economics (OE) at "Det kan derfor være en risiko for at antallet årlige behandlingstilfeller på Helgelandssykehuset, som i dag er i overkant av 100 000, reduseres med nesten 7 000 behandlingstilfeller, som da i stedet skjer i Namsos." [16] Det er litt uklart om disse behandlingene kommer fra alle kommunene som defineres å høre til Sør-Helgeland eller "bare" Sømna og Brønnøy. Antallet pasienter fra Vega og Vevelstad er få, så i det videre tar vi utgangspunkt i at det er Brønnøy og Sømna's innbyggere som blir påvirket. Risikoen er knyttet til en situasjon der det etableres ett sykehus i Helgeland og der dette sykehuset plasseres i Mo i Rana. I 2017 var det 1 200

<sup>9</sup> Tatt fra "Oversikt over antal, hoder, årsverk, lokalisering og yrkesgruppering" lagt ut av Helgelandssykehuset der årsverk knyttet til enhetene Felles drift og eiendom og felles administrasjon er plassert der de har arbeidssted. Prehospitaltjenester er ikke med i denne tabellen.

pasientbesøk til Namsos fra innbyggere i Sømna og Brønnøy, mens det fra disse to kommunene var 9 820 pasientbesøk til Helgelandssykehusets enheter. 77 % til Sandnessjøen, 17 % til Mosjøen og 6 % til Mo i Rana. OE mener det er en risiko for at  $\frac{3}{4}$  av pasientene som i dag besøker Sandnessjøen og Mosjøen vil dra til Namsos om det blir ett sykehus som legges til Mo i Rana. Tabell 12 viser hvordan pasienter fra fire kommuner i Sør-Helgeland fordeler seg på helseforetak.

**Tabell 12 Pasientstrømmer for innbyggere Søndre Helgeland 2017, antall opphold/besøk**

	Nordlands-sykehuset	UNN	Helgelands-sykehuset	Namsos	Levanger	St. Olav	Andre	Sum
<b>Brønnøy</b>	1 098	481	8 111	654	54	648	324	11 370
<b>Sømna</b>	208	82	1 709	545	23	178	163	2 908
<b>Vega</b>	188	67	1 340	58	6	111	56	1 826
<b>Vevelstad</b>	48	42	645	12		16	21	784
<b>Sum</b>	1 542	672	11 805	1 269	83	953	564	16 888

De aller fleste sykehusområder tar hensyn til geografiske forhold, og lokalsykehustjenester vil som oftest ivaretas av nærmeste sykehus. Derfor er befolkningen i Bindal kommune i dag knyttet til Namsos sykehus og befolkningen i Meløy knyttet til Nordlandssykehuset i Bodø. Om vi tar utgangspunkt i kommunesentrene er det 10 mil lengre og 54 minutters reisetid mer en vei til Mo i Rana enn til Namsos for befolkningen i Sømna. For befolkningen i Brønnøy er forskjellen mindre. I avstand er den fem mil, men i reisetid er den stipulert til en forskjell på bare ni minutter.

Det er Mo i Rana som har et ortopedisk tilbud. "Lekkasjen" til andre sykehus er ikke større for muskel-skjelettlidelser enn for alle spesialiteter samlet. 6 % av pasienter med muskel- skjelett diagnoser fra Helgeland drar til sykehus i Midt Norge. For alle pasienter er prosenten 5,2. Det indikerer at det er andre ting enn avstand som er med på å avgjøre hvor pasienter beveger seg.

Utgangspunktet for OE sine vurderinger er en løsning som antagelig ikke vil bli en del av de alternativene som skal vurderes. Det foreligger allerede en konseptvalgrapport for et DMS i Brønnøysund. I den forutsettes det at 80 % av de polikliniske konsultasjonene for området kan håndteres i dette DMSet. Vi har tidligere i denne rapporten skrevet at dette anslaget virker høyt, men en løsning med ett sykehus vil mest trolig ledsages av ett eller flere DMSer. Polikliniske konsultasjoner står for 85 % av alle besøk til Helgelandssykehusene. Andelen stiger til 90 % om dagpasienter tas med. Forskjellen i reiseavstand og reisetid for kommunene i Sør-Helgeland mellom Brønnøysund og Namsos er stor. Et tilbud i Brønnøysund vil derfor påvirke hva pasienter velger.

Det er foretatt noen undersøkelser av hvor mange som benytter seg av retten til fritt sykehusvalg. Problemstillingen er i disse undersøkelsene hvorfor man velger bort sitt "eget" sykehus til fordel for et annet. Normalt ligger da det andre sykehuset lengre unna enn det "egne". Det finnes likevel analyser som kan være nyttige når det skal vurderes om endringer i sykehusstrukturen på Helgeland vil påvirke antallet pasienter som søker seg til sykehus utenfor området.

I forbindelse med Hovedstadsprosessen ble Grorud og Stovner bydeler flyttet fra å være et ansvarsområde for Aker sykehus til å bli ansvaret for Ahus. Avstandsforskjellene er små, så relevansen for Helgeland er antagelig ikke så stor. Det viste seg at befolkningen i disse to bydelene ikke strittet mot, men byttet sykehus. I tillegg fikk de følge av noen ekstra fra Alna bydel, en bydel som først ble overført til Ahus etter at det nye Ahus sto ferdig.[17]

Et prosjekt så på hvordan fritt sykehusutvalg, innført i 2001, og sykehusreformen, innført i 2002, påvirket hverandre. De så på om pasientbevegelsene endret seg og fant at de virket ganske upåvirket av innføringen av fritt sykehusvalg. De antok at denne reformen ble motvirket av sykehusreformen. Slik de vurderte det, styrket foretakene sitt grep om egen befolkning gjennom hvordan de organiserte seg og samordnet sine

sykehusenheter.[18] Dette er den eneste undersøkelsen som har sett på faktiske pasientbevegelser. Riksrevisjonen foretok en vurdering av fritt sykehusvalg. Dette var en utvalgsundersøkelse som i stor grad vurderte om pasienter fikk reelle muligheter til å velge, og om de ønsket å benytte seg av denne muligheten. I utvalget var det 15 % av deltagerne som hadde benyttet seg av fritt sykehusutvalg. For Helse Nord var andelen litt under 12 %.[19]

I arbeidet med denne rapporten har vi ikke hatt anledning til å hente opp data for pasienters bosted og bruk av sykehus tidligere enn 2010. Tabell 13 viser en stor grad av stabilitet når det gjelder hvilke foretak pasientene benytter. Den største endringen er i Midt-Norge, der andelen som benytter private tilbud har økt på bekostning av helseforetakene i regionen. Helgelandssykehusets andel av Helse Nord sine pasienter, bosatt i Nordland, har økt svakt i perioden. Det har ikke skjedd større endringer i sykehusområdene i perioden, så det er begrenset hva tabellen sier om hvordan en befolkning vil reagere på endret reisevei til et behandlingssted. Tabellen viser likevel en gjennomgående stabilitet i hvordan fordelingen mellom foretakene er.



**Tabell 13 Andelen pasientopphold etter bosted og helseforetak/regionalt helseforetak, 2017**

Bostedsregion	RHF	2010	2013	2014	2015	2017	2018
Helse Midt-Norge	Helse Midt-Norge RHF	92,3 %	92,1 %	91,8 %	90,6 %	88,5 %	89,4 %
	Helse Nord RHF	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,2 %
	Helse Vest RHF	0,9 %	0,8 %	1,0 %	0,9 %	0,9 %	0,7 %
	Helse Sør-Øst RHF	3,0 %	2,7 %	2,8 %	2,8 %	2,8 %	2,6 %
	Privat RHF	3,3 %	4,1 %	4,1 %	5,3 %	7,5 %	7,0 %
Helse Nord	Helse Nord RHF	93,5 %	93,1 %	92,4 %	92,1 %	90,8 %	91,7 %
	Helse Vest RHF	0,6 %	0,6 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %
	Helse Midt-Norge RHF	1,9 %	1,9 %	2,1 %	2,1 %	2,1 %	1,9 %
	Helse Sør-Øst RHF	3,0 %	3,0 %	3,3 %	3,4 %	3,7 %	3,4 %
	Privat RHF	0,8 %	1,4 %	1,5 %	1,8 %	2,8 %	2,3 %
Helse Sør-Øst	Helse Sør-Øst RHF	97,0 %	96,8 %	96,4 %	96,4 %	96,1 %	96,7 %
	Helse Nord RHF	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
	Helse Vest RHF	0,7 %	0,7 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %
	Helse Midt-Norge RHF	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
	Privat RHF	1,1 %	1,7 %	2,0 %	2,1 %	2,4 %	2,0 %
Helse Vest	Helse Vest RHF	95,3 %	94,9 %	94,8 %	94,4 %	94,1 %	94,8 %
	Helse Nord RHF	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
	Helse Midt-Norge RHF	0,6 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %	0,6 %
	Helse Sør-Øst RHF	2,8 %	2,7 %	2,8 %	2,7 %	2,9 %	2,7 %
	Privat RHF	1,0 %	1,5 %	1,5 %	2,1 %	2,2 %	1,7 %
Bostedsregion	RHF/HF	2010	2013	2014	2015	2017	2018
Nordland	Finnmarkssykehuset HF	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16,4 %	15,5 %	15,7 %	15,5 %	14,7 %	14,4 %
	Nordlandssykehuset HF	50,3 %	50,4 %	49,6 %	49,0 %	49,5 %	50,0 %
	Helgelandssykehuset	26,5 %	27,0 %	27,0 %	27,5 %	26,6 %	27,2 %
	Privat Nord HF	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	Helse Vest RHF	0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,6 %	0,6 %	0,5 %
	Helse Midt-Norge RHF	2,8 %	2,8 %	3,1 %	3,1 %	3,0 %	2,9 %
	Helse Sør-Øst RHF	2,7 %	2,7 %	2,9 %	3,1 %	3,3 %	3,0 %
	Privat RHF	0,4 %	0,8 %	0,9 %	1,2 %	2,3 %	1,9 %

En masteroppgave spurte et utvalg pasienter hvorfor de valgte Bærum sykehus. Svarene var at de hadde et godt inntrykk av kvaliteten ved sykehuset for det de skulle behandles for og ventetida var akseptabel.[20] Sannsynligheten for å velge et annet sykehus enn det lokale øker med ventetidsdifferansen mellom disse, mens økt geografisk avstand reduserer mobiliteten.<sup>10</sup>

Størrelsen på Namsos sykehus er om lag 60 % av Helgelandssykehuset samlet. Det er derfor større enn hver av de tre enhetene på Helgeland. Forskjellen i faglig profil er ikke stor. Beleggsprosenten synes å ligge rundt 80 %. Sykehuset vil derfor kunne ha noe kapasitet til å ta flere døgnpasienter fra Helgeland. Driftsresultatet

<sup>10</sup> Phd avhandling fra Afsaneh Bjorvatn

er vesentlig svakere for Helse Nord-Trøndelag enn for Helgelandssykehuset HF. Det vil være en mulighet for at et arbeid med å redusere driftsunderskuddet vil redusere sykehusets kapasitet i årene som kommer.

De fleste valg av annet sykehus enn det man hører til er fra det nærmeste sykehuset til et som ligger lengre fra. Vi har lite kunnskap om hvor viktig avstand er og har ingen erfaring med hva som velges om avstanden til eget sykehus blir lengre enn til et annet sykehus med et annet ansvarsområde. Det som også påvirker valg av sykehus er opplevd og oppfattet kvalitet på behandlingen, ventetid og hvor man i utgangspunktet blir henvist. En sammenligning av hvordan Helgelandssykehusene og Namsos plasserer seg for de ulike parameterne for kvalitet, viser at de er så godt som like. Det samme gjelder ventetid. Henvisninger gjøres i all hovedsak av fastlegen. Som Riksrevisjonens undersøkelse viste var det bare 15 % (under 12 % i Helse Nord) som benyttet seg av fritt sykehusvalg. De øvrige fulgte henvisningen som ble gitt dem. Forholdet til allmennlegene i området vil derfor påvirke hvilke pasienter som henvises.

Vurderingen av reiseavstand til sykehus må være en del av planarbeidet for å finne en ny sykehusstruktur. Et DMS i Brønnøysund vil gi et mer lokalt tilbud for polikliniske konsultasjoner for befolkningen i Sør-Helgeland. Spesialistene knyttet til denne enheten vil være en del av fagmiljøet til Helgelandssykehuset. Vi må anta at dette vil påvirke hvor pasienter legges inn når det er aktuelt. Velges det to sykehus vil avstand ikke lenger være en spesiell "fordel" for Namsos, bortsett fra for befolkningen i Bindal, slik det er i dag.

I sin rapport beskriver OE en pasientlekkasje sørover som en risiko. Det bør ikke være Helgelandssykehusets oppgave å betrakte valg av andre sykehus som et onde. Befolkningen i Bindal og Meløy er blitt tilknyttet andre sykehus fordi man mener det gir disse et bedre tilbud, fordi sykehusene er nærmere. Når det skal etableres en ny sykehusstruktur vil tilbudet dimensjoneres i forhold til den befolkningen man har ansvar for, og bygg og personell balanseres i forhold til det sørge for ansvaret man har. Avstanden for befolkningen til spesialisthelsetjenesten er et av elementene som må vurderes. Begrunnelsen for å samle spesialistkompetansen ett sted er at dette vil bidra til bedre faglighet, høyere kvalitet og mer stabile fagmiljøer. Er man trygg på at det blir resultatet kan Helgelandssykehuset opprettholde tilliten til befolkningen i ytterkant av området. I kapittel 10 i denne rapporten anbefaler vi at det analyseres grundigere hvordan man vil organisere det framtidige spesialisthelsetilbudet.

## 9 Vurdering av Helgelandssykehusets forventede bærekraft

I Utviklingsplanen blandes bærekraft og nåverdi. I planen er den økonomiske bærekraften til Helgelandssykehuset ikke vurdert. Det er bare hvilke investeringsalternativer som gir hvilke belastninger på driften. I det videre tar vi utgangspunkt i bærekraftsanalysen utarbeidet av Deloitte og gir våre vurderinger av mulig bærekraft for foretaket.

I bærekraftsanalysen fra Deloitte vises det til at de 400 millionene som Helgelandssykehuset i dag har på "bok" hos det regionale helseforetaket er forventet å øke til 460 millioner kroner fram mot byggestart i 2022. Da forventes det antagelig at resultatkravet på 20 millioner kroner nås og at dette beløpet tilføres denne oppsparte kapitalen. Det synes å være en rimelig forutsetning, men den nære forhistorien viser at det krever oppmerksomhet fra foretakets ledelse om dette skal nås.

Det legges inn en forutsetning om salg av eksisterende sykehusbygg. Denne bygger på analysen til Skifte eiendom som er presentert i Utviklingsplanen. Finnmarkssykehuset har erfart at det ikke er lett å finne kjøper til gamle sykehusbygg (Kirkenes). Disse byggene er store og antagelig ikke veldig godt egnet til annen virksomhet. Dessuten vil det være knyttet kostnader enten til riving eller ombygging/oppussing. Vi kjenner ikke til om slike vurderinger er trukket inn i arbeidet. Et tryggere regnestykke er å ta høyde for at disse byggene blir avhendet ved at kjøper påtar seg ansvaret for dem, uten annet vederlag til Helgelandssykehuset.

Deloitte har vist noen regneeksempler for hvordan driftskostnadene kan reduseres. Erfaring viser at det er vanskelig å finne byggeprosjekt der slike beregnede gevinster faktisk er nådd. Nye Kirkenes sykehus er det siste eksemplet. Skal dette nås må det forankres godt blant de ansatte. For Helgelandssykehuset bør man også analysere godt hvor mye av denne innsparingen som er avhengig av de enkelte utbyggingsmodellene og

hva som kan hentes litt mer uavhengig av byggløsninger. Deloitte bruker selv situasjonen i 2013 som et eksempel på hva som kan oppnås, hvis man klarer å komme ned på driftskostnadene det året. Det året gikk Helgelandssykehuset for øvrig med et lite underskudd. Det blir også brukt som argument at Helgelandssykehuset har en høy kostnad per DRG sammenlignet med andre sykehus. Det er riktig, men det gjenstår en vurdering av hvor mye av dette som skyldes sykehusstruktur og hvor mye som skyldes andre forhold. Forutsetningen om reduserte FDV kostnader er knyttet til at arealet blir mindre. Det er en akseptabel forutsetning, men den andre veien vil disse kostnadene øke fordi tekniske løsninger i et nytt bygg er mer krevende enn hva som er tilfellet i de gamle. Det synes ikke som en inntekt ved hjemtaking av pasienter er tatt inn i gevinsten med et nytt bygg, men det antydes at det er mulig å realisere 10 millioner kroner hvis man får til det. I vurderingen av mulighetene for driftsmessige innsparinger er det vis til at Helgelandssykehuset har en høy DRG kostnad. Da vil det også være slik at behandling av pasienter i eget sykehus koster mer enn ved at de behandles i et annet sykehus, med lavere DRG kostnad per pasient. Regnestykket om å tjene på hjemtaking av pasienter forutsetter ledig kapasitet i dagens sykehus. Deloitte påpeker at en hjemtaking av pasienter i det omfang som er antydnet vil kreve større bygg og har vist til hvilken kostnad det vil ha.

Deloitte's oversikt over hvor kostnader kan reduseres viser til hva det må arbeides med framover. Skal dette realiseres vil det kreve god motivering av de ansatte og en godt organisert prosess fram mot at valgt ny sykehusmodell skal realiseres. Foretaket bør også ha en god vurdering av hva som kan oppnås med ulike modeller. Det vil bli en krevende prosess. Hvis det er mulig å oppnå gode driftseffekter også med en lavere investering, eller ved en faseforskyvning av investeringen, vil det hjelpe på mulighetene til å oppnå det nødvendige resultatet.

Byggekostnadene vil gå inn i regnskapet med avskrivninger og rentekostnader. Det framgår ikke av Utviklingsplanen eller Deloitte's analyse om byggelånsrenter er med i byggekostnaden. Avhengig av når kostnadene påløper er dette et betydelig beløp, antagelig vil det ligge på om lag 200 millioner kroner, avhengig av gjeldende rentefot. Byggekostnaden inklusive byggelånsrenter skrives ned over 26,4 år som et gjennomsnitt av ulike kostnader knyttet til selve bygget, tekniske installasjoner og utstyr.

Lånene som gis til sykehusforetak må betales ned over 25 år. Anledningen til å ta opp lån gis av Helse- og omsorgsdepartementet, men det følger ikke noen økonomiske midler med denne tillatelsen. Helgelandssykehuset har hvert år fått sine driftsmidler som skal benyttes til løpende drift og investeringer. Helse Nord RHF gir støtte til investeringsprosjekt. Deloitte forutsetter at det gis en årlig støtte på 20 millioner kroner per milliard investert, og at denne støtten gis i 10 år.

Deloitte benytter rente på 3,5 % i sine beregninger og viser hvordan det vil slå ut om denne øker til 5 %. Vi tror at dagens lave rentefot vil øke i årene som kommer, slik at Helgelandssykehuset bør ta hensyn til det når de skal vurdere sin bærekraft.

Med de usikkerhetene som er beskrevet over har vi valgt å ta for oss to investeringsnivå og vise hvordan de kan finansieres av Helgelandssykehuset. Det ene tar utgangspunkt i Utviklingsplanens anslag på hva ett sykehus vil koste. Til det beløpet har vi lagt til 15 % for å ta hensyn til prisøkning i perioden. Dette blir da 4 mrd. kroner. Det andre alternativet er fristilt fra noen av alternativene. Vi viser hva som må til for å finansiere en investering på 1 mrd. kroner. Renten settes til 5 % for begge alternativene og det forutsettes 100 % lånefinansiering. Vi har ikke trukket inn mulige innsparinger, men viser omfanget av innsparinger som må oppnås. Beregningene er vist i tabell 14. Kravet til et overskudd på 20 millioner kroner årlig må legges på toppen av den årlige innsparingen.

**Tabell 14 Krav til driftsinnsparinger for Helgelandssykehuset ved investeringer på 4 mrd. og 1 mrd. kroner**

<b>Investering 4 milliarder</b>						
	<b>Årlig avdrag kr. 160 000 000</b>		<b>Årlige avskrivninger kr. 151 515 152</b>			
	<b>i 1000</b>	<b>År 1</b>	<b>År 2</b>	<b>År 10</b>	<b>År 20</b>	<b>År 24</b>
<b>Resterende lån</b>	4 000 000	3 840 000	3 680 000	2 400 000	800 000	160 000
<b>Renter</b>	5 %	200 000	192 000	128 000	48 000	16 000
<b>Avskrivning</b>	151 515	151 515	151 515	151 515	151 515	151 515
<b>Støtte HNRHF</b>		- 80 000	- 80 000	- 80 000		
<b>Årlig innsparing</b>		271 515	263 515	199 515	199 515	167 515

<b>Investering 1 milliard</b>						
	<b>Årlig avdrag kr. 40 000 000</b>		<b>Årlige avskrivninger kr. 37 878 788</b>			
	<b>i 1000</b>	<b>År 1</b>	<b>År 2</b>	<b>År 10</b>	<b>År 20</b>	<b>År 24</b>
<b>Resterende lån</b>	1 000 000	960 000	920 000	600 000	200 000	40 000
<b>Renter</b>	5 %	50 000	48 000	32 000	12 000	4 000
<b>Avskrivning</b>	37 879	37 879	37 879	37 879	37 879	37 879
<b>Støtte HNRHF</b>		- 20 000	- 20 000	- 20 000		
<b>Årlig innsparing</b>		67 879	65 879	49 879	49 879	41 879

Foretaket har oppsparte midler som kan øke til 460 millioner kroner som ikke er tatt inn i regnestykket over. De har også en kredittamme på 60 millioner kroner årlig, men det er å betrakte som et lån. Benyttes det påløper det renter. Om foretaket benytter den rammen vil ikke det påvirke regnestykket. Deloitte konkluderte med at Helgelandssykehuset har mulighet for å bære en investering på 3 mrd. kroner. De har lagt til grunn en rente på 3,5 % og må da ha forutsatt en driftsinnsparing på over 200 millioner kroner det første året etter innflytting. Det vil være veldig vanskelig for foretaket å oppnå en slik reduksjon av driftskostnadene. Reduksjonen kan ikke oppnås bare ved å arbeide smartere. Et betydelig antall stillinger må bort.

Avskrivningene inngår i regnskapet, mens avdragene påvirker likvidsituasjonen. Inntil lånet er tilbakebetalt vil derfor likvidsituasjonen være noe mer anstrengt enn hva som kommer fram av regnskapet. Selv om det bør være kjent av de som er ansvarlige for driften bør det antagelig gjentas at en tillatelse til å sette i gang et byggeprosjekt ikke betyr at det kommer midler utenfra, ut over de som presentert i tabellen. Den årlige innsparingen må tas fra driften. Det betyr at midler omfordels fra lønn, medisiner og andre varer til bygg.

## 10 Anbefalinger for planarbeidet videre

Gjennomgangen av nåsituasjonen for Helgelandssykehuset viser et helseforetak som er litt mer kostbart enn hva man kan ønske. Rekruttering av nye ansatte er, som for alle helseforetak, en utfordring, men det er vanskelig å se at utfordringene er større enn hva som må anses som normalt. Kvalitetsindikatorene peker også i retning av at foretaket leverer på linje med øvrige foretak i landet. Planene for foretaket gir heller ingen klar beskrivelse av hva man synes er bra og hva man vil endre i forhold til dagens situasjon. Løsningene som foreslås begrunnes mer med generelle oppfatninger om at fagmiljø må samles enn av hva som er bra og dårlig innen Helgelandssykehuset i dag. Vi vil derfor anbefale at foretaket, før man går videre med å planlegge bygg, blir tydeligere på hvilke endringer man ønsker og hvordan nye bygg og nye strukturer kan bidra til at disse målene nås.

Bygningene skal bestemmes av de funksjonene som skal drives i byggene. For mange sykehusprosjekt blir det imidlertid slik at det er byggene som kommer først. Et byggeprosjekt binder opp mange ressurser og krever en framdrift for at disse ressursene skal benyttes effektivt. Helgelandssykehuset er kanskje allerede i

en situasjon der typen og plassering av bygg tar oppmerksomheten fra kjerneoppgavene som er levering av spesialisthelsetjenester. Vi anbefaler at det gjøres grep slik at denne situasjonen snus, slik at det er pasientbehandlingen som settes i førersetet.

SINTEF har ikke hatt mulighet for å gå inn i beregningsgrunnlaget til Deloitte som konkluderer med at man har råd til en investering på 3 mrd. kroner. Vi presenterer i stedet et par regneeksempler for å vise det vi mener er alvoret når man skal vurdere bærekraft. Driftsinnsparinger kan være på sin plass, og en overordnet sammenligning med andre helseforetak tyder på at Helgelandssykehuset bør kunne oppnå noe på dette området. Det er imidlertid vanskelig, og SINTEF er ikke kjent med at noen sykehusprosjekt har kunnet dokumentere driftseffekter som et resultat av nye bygg. I stedet har det kommet krav om innsparinger for å dekke opp avskrivninger og renter. Gleden med å flytte inn i et nytt bygg er blitt betydelig redusert fordi man opplever å måtte løpe enda fortere enn tidligere. En litt for overfladisk behandling av dette har også ført til stans i byggeprosjekter, noe som da øker kostnadene til bygget uten å tilføre noen verdier. En kostnad som må hentes inn på driftsbudsjettet. Metier OEC har på oppdrag fra Sykehusbygg vurdert anbudsprosessen for Sykehuset i Nordmøre og Romsdal der prosessen har stanset opp. Den viktigste svakheten som påpekes er balansen mellom tilgjengelig budsjett og en realistisk vurdering av kostnader målt mot andre sykehusprosjekt. [21]

Det bør være en god strategi å desentralisere så mye av tjenestene som man kan og sentralisere det man må, slik det formuleres i regjeringens sykehusplan og slik mange regionale foretak har formulert seg. Vi tror imidlertid at løsningen på dette ikke nødvendigvis trenger å være DMSer. Det bør ikke legges opp til en struktur der mye av arbeidstida til legespesialister går til reise fra sykehus til DMS og tilbake. Slik vi vurderer de foreliggende planene er det langt igjen før man har en løsning for hvordan dette kan oppnås. I den videre planleggingen bør man også trekke inn de enkelte kommunene. I tråd med hva fastleger har uttalt til Riksrevisjonen kan antagelig en del av støtten fra spesialisthelsetjenesten gå direkte til tjenestene i den enkelte kommune. Sykehuset Innlandet HF har i mange år arbeidet med en restrukturering av sykehustilbudet i Hedmark/Oppland. I oktober 2017 fattet styret et nytt vedtak der målet er ett hovedsykehus i Moelv. Et sitat fra dette vedtaket målbærer det vi mener også bør gjøres av Helgelandssykehuset. "... Alternativene skal vurderes for trinnvis og sammenhengende utbygging. Sykehuset Innlandet HF må parallelt utvikle et tilbud til dagens sykehus tilpasset det framtidige målbildet med samhandlingsmodeller med primærhelsetjenesten, desentraliserte spesialisthelsetjenester, polikliniske tilbud og dagbehandling." [22]

I planleggingen videre bør man legge til grunn at det er svært krevende å bygge opp nye fagmiljø. Sannsynligheten er stor for at dagens ansatte i henholdsvis Mo i Rana, Mosjøen eller Sandnessjøen ikke vil flytte dit man bygger opp tjenestene, hvis det innebærer en vesentlig reisevei. Utfordringen blir størst om man velger ett samlet sykehus. Om man konkluderer med at ett akuttsykehus er målet, bør det likevel vurderes om dette målet kan nås i etapper. Det vil antagelig redusere utfordringene med å bygge opp ett nytt fagmiljø, der de fleste er nykommere. Ved å gå trinnvis fram kan helseforetaket også skaffe seg erfaring for hvordan samarbeidet med kommunehelsetjenesten/primærhelsetjenesten utvikler seg og hva som er effekten av DMSer eller DMSer. Desentraliserte løsninger krever også en gjennomtenkt organisasjonsmodell der ansvar er tydelig beskrevet. Mangelen på tydelighet får i en tilsynsrapport fra Statens helsetilsyn ansvaret for en uheldig hendelse i et helseforetak. [23]

## 11 Konklusjon

Vår vurdering er at foretaket bør gjennomføre en analyse av egne styrker og svakheter og formulere noen praktisk realiserbare mål for hvordan man ønsker å utvikle sine tjenester til Helgelands befolkning. Da vil man bedre kunne se hva nye bygg kan hjelpe til med å få realisert. Det synes som dette prosjektet, likt mange byggeprosjekt, har gått for tidlig i gang med selve bygget. Det er et misforhold mellom ressursene som nå benyttes til å forberede byggeprosessen og ressursene som benyttes for å vurdere utviklingen av tjenestene og nye driftsformer. Bærekraftdokumentet fra Deloitte viser noen muligheter for innsparinger, men de er så langt bare eksempler. Foretaket bør ikke forskuttere slike innsparinger før de er fundert på en solid måte i

egen organisasjon. Nye sykehusbygg bør være en inspirasjon for pasienter og ansatte og ikke noe som oppfattes som årsaken til vedvarende krav om reduserte driftskostnader for å kunne betale renter og avdrag.

Valg av investeringsnivå bør velges slik at man har en stor grad av trygghet for å kunne bære kostnadene. Helgelandssykehuset synes å ha mulighet til å velge en investeringsprofil slik at dette kan oppnås, men da må det hele sees i et noe lengre perspektiv og eksisterende bygningsmasse bør også benyttes.

I september i år ble det avholdt en samhandlingskonferanse i Narvik. Anledningen var at arbeidet med nytt sykehus i Narvik nå er startet på nytt. I konferansen holdt representanter fra Helse Nord RHF og UNN HF innlegg der det ble lagt vekt på å benytte teknologiske muligheter til å etablere nettverksløsninger, der sykehuset i Narvik skulle spille sammen med øvrige enheter av foretaket og med UNN i Tromsø som et sentrum. Vi vil anbefale at Helgelandssykehuset tenker i samme retning og at de søker samarbeid også med Nordlandssykehuset i Bodø og UNN i Tromsø.

I den forbindelse bør det også vurderes nøye hva man skal med DMSer og om ikke noe av behovet de skal dekke kan løses på en god måte med en bedre integrering med kommunehelsetjenesten og fastlegene i området.

Helgelandssykehuset bør analysere bedre hvilke pasienter som går til andre sykehus. Man bør være sikker på at det er god medisin å ta pasienter hjem. Pasienter som har behov for det skal sendes til sykehus med kompetanse Helgelandssykehuset hverken har eller skal ha.

## A Referanser

1. omsorgsdepartementet, H.-o., *Nasjonal helse- og sykehusplan*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2015, Helse- og omsorgsdepartementet: Oslo.
2. Health and Social Affairs, M.o., *Sykehusutbygging m v i et regionalisert helsevesen*, M.o.H.a.S. Affairs, Editor. 1974, Norwegian government: Oslo.
3. Hansen, B.H., *Samhandlingsreformen, rett behandling på rett sted til rett tid* H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2009, Helse- og omsorgsdepartementet: Oslo. p. 150.
4. Riksrevisjonen, *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten* Riksrevisjonen, Editor. 2018, Riksrevisjonen: Oslo. p. 91.
5. RHF, H.N., *Regional utvikling 2035, høringsnotat*. 2018: Tromsø. p. 95.
6. Normann, E., *Vedrørende spørsmål til Norsk Luftambulansse*. 2018.
7. Juell, Ø., *Vedrørende luftambulanssetjenesten på Helgeland*. 2018.
8. Korsvold, L.T., Christopher N. Sirnes, Erik. Høspøien, Magnus., *Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten*, in *Rapport IS-2679*, S.A. Bell, Editor. 2017, Helsedirektoratet: Oslo. p. 63.
9. Eggen, F.W.R., Rold. Steen, Jørgen., *Helse Norge 2040 - Hvordan vil framtiden bli*. 2018, Samfunnsøkonomisk analyse as: Oslo. p. 73.
10. RHF, H.N., *Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering* H.N. RHF, Editor. 2017.
11. OEC, *Helgelandssykehuset HF rapport*. 2014, Helgelandssykehuset HF: Mo i Rana. p. 143.
12. Anthun, K.S., S.A.C. Kittelsen, and J. Magnussen, *Productivity growth, case mix and optimal size of hospitals. A 16-year study of the Norwegian hospital sector*. Health Policy, 2017: p. 8.
13. Rohde, T., *Konsekvensutredning ett akuttsykehus i Nordmøre og Romsdal. Hvordan tomtealternativene påvirker bosettingsstruktur, næringsutvikling, helsefaglig miljø, rekruttering*. 2014, SINTEF: Oslo.

14. Østraat, I.E.H., Maria., *Leger i spesialisering del 1 (LIS1) Statusrapport søknadsrunden våren 2018*. 2018. p. 36.
15. Rohde, T., *Bruk av helsetjenester i Værnesregionen*, in *Notat*. 2016, SINTEF.
16. Rygh, F.G., *Analyse av lokaliseringen av et stort akuttsykehus på Helgeland*. 2018, Oslo Economics: Oslo. p. 47.
17. Rohde, T.L., Jan. Hem, Karl-Gerhard, Bjerkan, Anne Mette., *Evaluering av tjenestetilbudet til befolkningen i bydelene Grorud og Stovner sett i sammenheng med Hovedstadsprosessen*. 2010, SINTEF: Oslo. p. 47.
18. Nerland, S.M., Rigard, Ånen., *Når reformer skiller lag- en analyse av fritt sykehusvalg og sykehusreformen*. Michael, 2017. **14**(Supplement 19): p. 12.
19. Riksrevisjonen, *Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen med fritt sykehusvalg*, in *Dokument 3:3 (2011-2012)*, J. Korsmo, Editor. 2011, Riksrevisjonen: Oslo. p. 69.
20. Spreng, U.J., *Hvorfor velger gjestepasienter Bærum sykehus for planlagte operasjoner?*, H. Universitetet i Oslo, Editor. 2017: Oslo. p. 63.
21. OEC, M., *Evaluering av anbudsprosess for Sykehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR)*, Sykehusbygg, Editor. 2019, Metier OEC: Oslo. p. 50.
22. HF, S.I., *Viderføring av tidligfasearbeidet i sykehuset Innlandet - godkjenning av idéfaserapport med anbefaling om framtidig målbilde*, S.I. HF, Editor. 2017, Sykehuset Innlandet HF: Brummundal. p. 28.
23. helsetilsyn, S., *Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse*. 2019, Statens helsetilsyn: Oslo.



Teknologi for et bedre samfunn

[www.sintef.no](http://www.sintef.no)