

Møtedato: 27. mai 2015  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Tor-Arne Haug/Hilde Rolandsen

Sted/Dato:  
Bodø, 20.5.2015

## Styresak 52-2015

## Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025

*Saksdokumentene var ettersendt.*

### Bakgrunn

Styret i Helse Nord RHF ble i styremøtet, den 21. mars 2013 orientert om at adm. direktør har bedt Helgelandssykehuset HF om å konsekvensutrede hvordan helseforetaket vil påvirkes av de eksterne endringene som gjør seg gjeldende nå og fremover, jf. *styresak 37-2013/3 Helgelandssykehuset HF, struktur – informasjon*. Som bakgrunn ble det vedlagt utkast til mandat for utredning av fremtidig somatisk sykehusstruktur for Helgelandssykehuset HF.

### Mandat:

Helse Nord RHF ber Helgelandssykehuset konsekvensutrede hvordan foretaket vil påvirkes av de eksterne endringene som gjør seg gjeldende nå og fremover. Arbeidet må gi et godt beslutningsgrunnlag for fremtidig utvikling og struktur av Helgelandssykehuset i tråd med:

- Befolkningens behov for spesialisthelsetjenester lokalisert til Helgeland
- Demografisk og epidemiologisk utvikling
- Faglig og teknologisk utvikling
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Samhandling med de andre helseforetakene i Helse Nord
- Helse Nord RHF's strategi om mest mulig behandling nært der pasienten bor
- Endringer i pasientrollen med særlig fokus på økt brukermedvirkning.

Utredningen bør utrede og beskrive minimum 3 ulike alternative modeller for organisering av spesialisthelsetjenester som ivaretar overnevnte kriterier:

- Fremskrive nåværende modell
- Utrede en modell med tre klinikker lokalisert til nåværende sykehus og et nytt "sengesykehus"
- Utrede en modell hvor man legger ned all somatisk aktivitet i nåværende sykehuslokalisasjoner og bygger et nytt sykehus

Utredningen må ha høyt fokus mot hvordan man bygger gode, solide fagmiljø i de neste 10-15 årene. Det må være et tett samarbeid med kommunehelsetjenesten, tillitsvalgte og vernetjenesten.

Helgelandssykehuset HF organiserer selv utredningen. Prosjektet skal ferdigstilles innen 1.5.2014.

### *Prosess*

Prosjektet ba om litt lengre tid til utredningen, og ferdig rapport er datert 29. oktober 2014. Rapporten ble sendt ut på høring med høringsfrist 15. januar 2015, senere utvidet til utgangen av mars 2015.

Utviklingsplanen etter høring ble behandlet av styret i Helgelandssykehuset HF (HSHF) i møtet, den 30. april 2015, jf. *styresak 26/2015: Utviklingsplan 2025*. Styret i helseforetaket fattet følgende vedtak:

1.
  - a) *Styret anbefaler at administrerende direktør tar med alternativ 2 og 3 i en videre prosess med tanke på tidligfaseveileder for sykehusutbygging.*
  - b) *I alternativ 2 skal det primært utredes ett sengesykehus med inntil tre lokalmedisinske sentre (LMS) lokalisert til dagens sykehus. Styret ser at det også bør åpnes for andre kombinasjoner. Hva LMS-enes faglige innhold, størrelse, og oppgaver skal være, vil avhenge av de føringene som kommer i ny nasjonal helse- og sykehusplan. Den vil gi en nærmere definisjon av hva et LMS skal og kan være. Begrepet "nærsykehus" har også vært brukt. Vi avventer en klarere definisjon av også dette begrepet. Det vil være avgjørende for hvilken rolle disse to alternativene kan spille i en framtidig struktur.*
  - c) *Utredning av alternativene i neste fase skal også inkludere psykisk helsevern og rus. Det er ventet at nye nasjonale og regionale utredninger innen fagområdet settes i gang i løpet av 2015. Innhold i tjenestene for psykisk helsevern og rus på Helgeland vil utredes parallelt med de nasjonale og regionale utredningene.*
2. *Styret viser til rapporten "Desentraliserte spesialisthelsetjenester / LMS Brønnøysund" datert 19.12.2014 og ber administrerende direktør legge til rette for en utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester/LMS i Brønnøysund. Dette skal skje i tråd med rapporten, som beskriver en situasjon der eierskapet er kommunalt og spesialisthelsetjenesten er leietaker.*
3. *Styret ber administrerende direktør om raskest mulig å starte arbeidet med å videreutvikle 0-alternativet – dagens løsning – på en måte som gjør det mulig for Helgelandssykehuset å gå videre til neste fase i prosessen. Nødvendige endringer og tilpasninger av funksjonsfordeling og aktivitet, samt bygningsmessig arealeffektivisering, må gjøres. Disse endringene vil også være tvingende nødvendig for å møte nye krav og utfordringer innen akutt kirurgi, kreftkirurgi etc.*
4. *Styret ber administrerende direktør om at metode, kriterier og evaluering med hensyn til lokalisering av sengesykehus i alternativ 2 eller 3 utarbeides med deltakelse fra kommunene og legges fram som egen sak for styret.*
5. *Styret ber om at Helse Nord i samarbeide med administrerende direktør i Helgelandssykehuset utarbeider et mandat for neste fase, med tilhørende mål om framdrift.*

6. Erfaringer og tilbakemeldinger viser at den åpenheten som har preget prosessen har skapt tillit og engasjement hos alle involverte. Styret ber om at administrerende direktør også i fortsettelsen legger til rette for en transparent og åpen prosess.

### **Sammendrag om utviklingsplanen**

*Styresak 26/2015: Utviklingsplan 2025 i Helgelandssykehuset HF, utviklingsplanen, innkomne høringsuttalelser og rapport om desentraliserte spesialisthelsetjenester/LMS i Brønnøysund følger vedlagt denne saken*

Utviklingsplanen har estimert framtidig behov for somatiske spesialisthelsetjenester på Helgeland og kommet med estimat på hvilke arealbehov og bemanningsbehov dette gir på sikt i de ulike alternativene beskrevet i prosjektets mandat.

Det er også sett spesielt på potensial for tilbakeføring av gjestepasienter i de ulike alternativene.

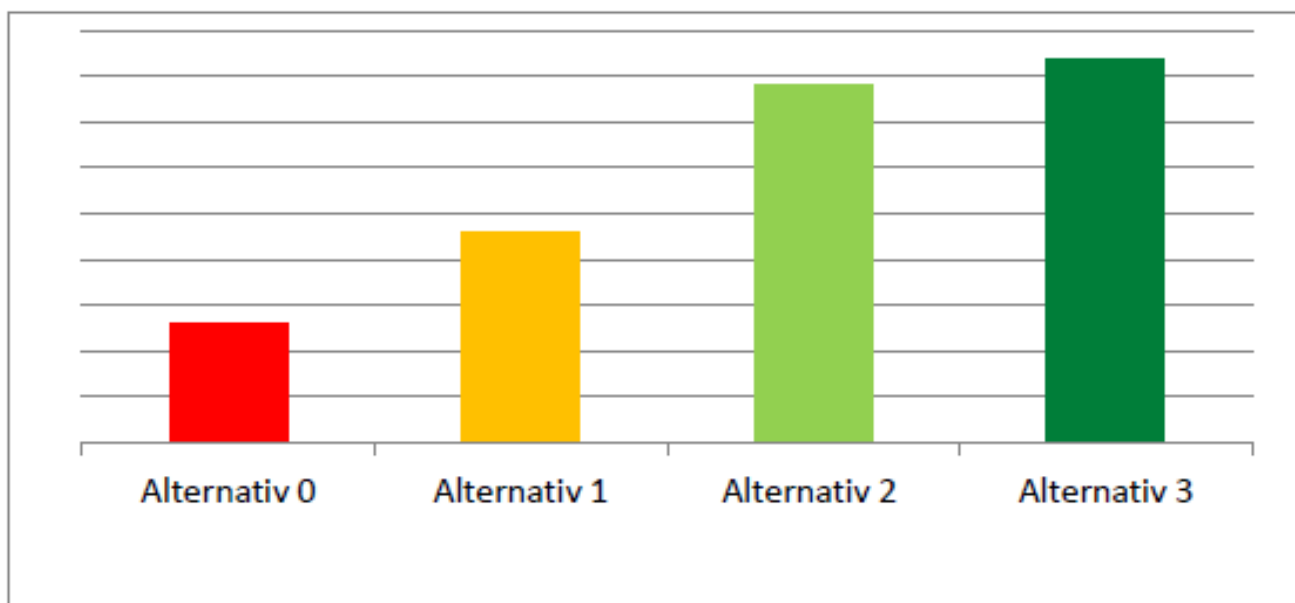
Med utgangspunkt i arbeidet med konsekvensutredningen er det utarbeidet en bygningsmessig rapport, som omfatter vurdering av eksisterende bygningsmasse, ikke-medisinske servicefunksjoner samt verdivurderinger ved salg av bygningsmasse og kjøp av tomtegrunn.

Endelig er det beskrevet dagens situasjon vedrørende transport (pasienter, varer, personell, besøkende osv.). I rapporten er de ulike alternativene vurdert, og hvilke konsekvenser det får for transportarbeid/transportkostnader.

Etter utredning og analyse ble det gjort en kvalitativ vurdering av de ulike alternativene.

### *Kvalitativ vurdering*

Resultatet av evalueringen har gitt følgende resultat, vist i diagram under:



Figur 1: Samlet resultat av evalueringen

Diagrammet viser de fire alternativene slik de fremstår i forhold til hverandre, etter den kvalitative evalueringen i arbeidsgruppen. Søylene viser gruppens evaluering med hensyn til alternativenes innbyrdes styrke.

Resultatet av evalueringsgruppens vurdering, for hvert alternativ, er vist som fargekoder glidende fra rødt til grønt, der rødt er lavest på skalaen, oransje er nest lavest, gult er på midten av skalaen, lys grønt ligger nest høyest og mørk grønn er best.

Evalueringen viser at alternativ 2 og 3 kommer klart foran alternativ 1 (og alt. 0). Gruppen har vurdert alternativ 2 og 3 som de klart beste alternativene.

#### *Kvantitativ vurdering*

Avrundet investeringskostnad pr. alternativ er som følger:

Alternativ	Mill. kr.
0 - Uten tilbygg / Alternativet svarer ikke opp mandatet før sykehus erstattes	4 093
1 - Eksisterende sykehus med tilbygg fremskrevet til 2025 tilsv. alt. 2 og 3	2 630
2 - Nytt sengesykehus med 3 DMS i deler av eksisterende sykehus	3 610
3 - Nytt samlet sengesykehus	3 530

Tabell 1: Oppsummering kvantitativ vurdering

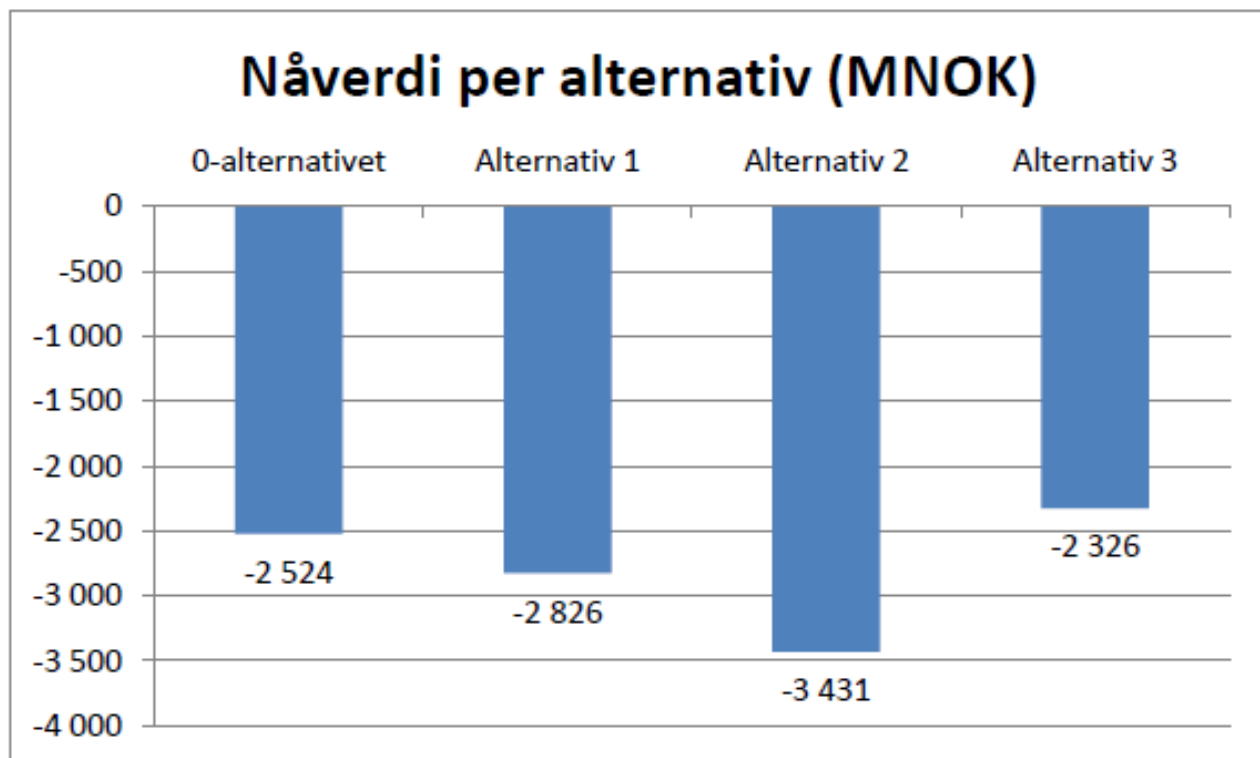
Merk: For alternativ 1 er det ikke justert for eventuell dårlig arealeffektivitet i de eksisterende bygningene etter tilbygg og rokering av funksjoner.

Nåverdiberegningene viser at:

- 0-alternativet har på kort sikt lave investeringer, høye FDVU<sup>1</sup> og lønnskostnader, og på lengre sikt betydelige investeringsbehov, som medfører at alternativet samlet sett får dårligere nåverdi enn alternativ 3.
- Alternativ 3 har betydelig høyere og bedre nåverdi enn alternativ 1. Dette til tross for at alternativ 3 har vesentlig høyere investeringsbehov (900 mill. kroner), men har lavere lønnskostnader, samt inntekter ved salg av eiendom og høyere driftsgevinster.
- Alternativ 2 kommer dårligst ut på grunn av høyt samlet investeringsbehov og høyere driftsutgifter. (Tre desentrale spesialisthelsetjenester og nytt sengesykehus).

---

<sup>1</sup> FDVU = Forvaltning Drift og Vedlikeholdsutgifter



Figur 2: Nåverdier i millioner kroner per alternativ.

Merk: Nåverdiberegningene er ikke direkte sammenlignbare.

Funksjonsmessig dekker alternativene 2 og 3 tilbakeføring av flest gjestepasienter – 17 senger. Alternativ 1 reduserer tilbakeføringen av gjestepasienter med ca. 50 %.

Nåverdiberegningene viser at 0-alternativet har dårligere økonomisk nåverdi enn alternativ 3 grunnet betydelig lavere investeringsbehov på kort sikt men med nødvendig nybygg tilsvarende bygg 3 på lengre sikt. Dette er medregnet, da alternativ 0 ellers ikke er bærekraftig.

Alternativ 3 har betydelig høyere og bedre nåverdi enn alternativ 1. Dette til tross for at alternativ 3 har vesentlig høyere investeringsbehov (900 mill. kroner), men har lavere lønnskostnader, samt inntekter ved salg av eiendom og høyere driftsgevinster.

Alternativ 2 kommer dårligst ut på grunn av høyt samlet investeringsbehov og høyere driftsutgifter. (Tre desentrale spesialisthelsetjenester og nytt sengesykehus).

#### *Sammendrag alternativer*

##### *Alternativ 0*

I alternativ 0 oppgraderes på kort sikt kun helt nødvendige tekniske tiltak i gammel bygningsmasse. Dagens tre sykehusenheter kan ikke tilpasses dagens tekniske og miljømessige krav og vil aldri kunne føre til optimale lokaler for en moderne og fremtidsrettet sykehusdrift. Dette vil medføre en lavere egendekning som her ikke er kvantifisert, men som svekker alternativet ytterligere.

På lengre sikt vil det ikke kunne drives akseptabel sykehusdrift i dagens bygningsmasse, hvis Helgelanssykehuset HF skal fortsette sin oppgave overfor befolkningen. Dagens sykehusmasse er i denne modellen derfor påregnet erstattet – tidshorisont rundt 2031. Det er her påregnet at eksisterende bygningsmasse avhendes og erstattes av et samlet sykehus. Dette medfører at alternativ 0 også er å regne som det klart dårligste alternativet med hensyn til investerings- og driftskostnad.

#### *Alternativ 1*

I alternativ 1 (dagens modell) bygger man til dagens bygningsmasse med tilsvarende funksjonsareal som for alternativ 2 og 3.

Alternativ 1 er (utenom alternativ 0) den modellen som gir de største utfordringene for et fremtidig bærekraftig og robust fagmiljø. Tilbakeføring av gjestepasienter er beregnet til det halve av estimatet for alternativ 2 og 3.

Eksisterende sykehusarealer vil ikke kunne tilpasses dagens tekniske og miljømessige krav, og vil ikke føre til optimale lokaler for moderne og fremtidig sykehusdrift. Driftseffekten av alternativet viser at lønnskostnader og antall stillinger er høyere enn for alternativ 3. Videre er kostnadene til FDVU høyere enn for alternativ 2 og 3. Alternativet er evaluert som ikke bærekraftig på lang sikt.

#### *Alternativ 2*

Alternativet dekker behovet for spesialisthelsetjenester på lik linje med alternativ 3. med hensyn til et moderne og effektivt sykehusstilbud. I tillegg kombineres sykehusstilbudet med desentraliserte spesialisthelsetjenester lokalt ved dagens lokaliseringer i samhandling med kommunene. Tilbudet forutsettes videreutviklet i idéfasen.

Alternativet er mindre arealeffektivt enn alternativ 3, da det her er flere lokalisasjoner. Det krever i tillegg flere stillinger for å kunne yte tjenester på fire lokalisasjoner. Alternativet har lik byggetid for sengesykehuset sammenliknet med alternativ 3, men har lengre samlet byggetid.

Investeringskostnadene for alternativet er noe høyere enn alternativ 3. Driftsøkonomisk er dette det dyreste alternativet (noe dyrere enn alternativ 1). Alternativet kan ikke direkte sammenliknes med alternativ 1, da alternativ 2 og 3 er beregnet med tilbakeføring av flere gjestepasienter. Endelig lokalisering av sengesykehuset vil kunne redusere behovet for antall DMS<sup>2</sup>. Dette vil kunne endre kostnadsbildet. I tillegg vil dette alternativet føre til reduserte transportkostnader.

#### *Alternativ 3*

I alternativ 3 (Nytt Helgelandssykehus) bygges ett nytt samlet sykehus på Helgeland med faglig samling og helhetlige pasientforløp på ett sted.

Alternativet er sannsynligvis det alternativet som har de beste forutsetninger for å lykkes med å sikre et stabilt og rekrutterende fagmiljø i fremtiden.

---

<sup>2</sup> DMS: Distriktsmedisinsk senter

Alternativet gjennomføres uten å forstyrre eksisterende drift i byggeperioden. Man kan på enkleste og billigste måte tilpasse det nye bygget til dagens tekniske og miljømessige krav, og man bygger optimalt for moderne og fremtidig sykehusdrift.

Krav til samhandling med kommunene vil også måtte etableres i dette alternativet. Alternativet er gunstig driftsmessig og har en noe rimeligere investeringskostnad enn alternativ 2.

Dette alternativet gir den beste forvaltningen av helseressursene og svarer best opp mot resultatmålet for sykehusutvikling. Lønnskostnader er lavere enn for alternativ 1, med behov for færre stillinger. Totaløkonomisk er dette alternativet det gunstigste og har sammen med alternativ 2 best bærekraft, men transportkostnadene ved de forskjellige alternativene må beregnes i neste fase.

### **Oppstart idéfase**

Grunnlaget for idéfase er en utviklingsplan som nå er ferdig og redegjort for i denne saken. Utviklingsplanen viser prioritet for tiltak som kan gjennomføres innenfor det finansielle handlingsrommet. Målet for idéfasen er, på grunnlag av en vedtatt utviklingsplan for helseforetaket, å identifisere mulige, prinsipielle løsninger på et behov. I idéfasen skal tiltaket presiseres og avgrenses i forhold til andre tiltak, både når det gjelder økonomisk bæreevne og tid for gjennomføring.

Beslutning om oppstart av idéfasen skal inneholde et mandat for oppgaven som omfatter:

- mål for idéfasen
- mål, forutsetninger og rammer for prosjektet inkludert konsekvenser av arbeidsdelingen i Helse Nord
- idéøk, identifisering av prinsipielle alternative løsninger (konsepter)
- ressurser for gjennomføring av idéfasen
- plan for gjennomføringen av idéfasen

Utviklingsplanen inneholder mye av det som forutsettes gjennomført i idéfasen. De aktuelle alternativene for fasen fremgår, men det kan tenkes at andre alternativer kan vurderes i innledning til arbeidet med idéfasen.

Det er ikke gjennomført bærekraftsanalyser i utviklingsplanen som viser om de ulike alternativene i planen lar seg gjennomføre. I idéfasen blir det sentralt å utarbeide en bærekraftsanalyse for hvert av de ulike alternativene for å avdekke i hvilken grad helseforetaket kan bære investering og drift og behovet for effektiviseringer.

Etter at idéfasen er gjennomført, skal det utarbeides mandat for utredningsarbeidet i konseptfasen. Dette mandatet skal vise hvilke alternative, prinsipielle løsninger (konsepter) som skal utredes, samt rammene for tiltaket.

Innholdet i en idéfase er nærmere beskrevet i *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*.

### **Medbestemmelse**

*Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025* vil bli drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 26. mai 2015. Drøftingsprotokollen vil bli lagt frem ved møtestart.

### **Brukermedvirkning**

*Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025, informasjon* vil bli behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 20. mai 2015, jf. RBU-sak31-2015. Protokoll fra RBU-møtet legges frem ved møtestart.

### **Vurderinger**

Adm. direktør mener det er gjennomført et meget godt og ryddig arbeid med utviklingsplanen for Helgelandssykehuset HF. Utredningen har på en god måte fått frem virkningene av de ulike alternativene for utviklingen av et godt somatisk spesialisthelsetjenestetilbud på Helgeland.

Det gjenstår ennå flere avklaringer som vil måtte legges inn i det videre arbeidet med idéfase for et fremtidig tilbud på Helgeland, herunder bærekraftsanalyser og transportkostnader.

Mandatet for idéfasen må ha føringer for arbeidet med bærekraft, lokalisering, samt kostnadsoverslag for gjennomføring av idéfasen, i tillegg til punktene som er nevnt ovenfor og som fremgår av tidligfaseveilederen. I tillegg bør en for alternativ 2 vurdere behov for senger i DMS på en tydeligere måte enn beskrevet fra Helgelandssykehuset HF, alternativt et ev. nærsykehus i tråd med føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Alternativene 2 og 3 innebærer at en endrer sykehusstrukturen på Helgeland. Dette betyr at saken må legges frem for Helse- og omsorgsdepartementet og behandles i foretaksmøte i Helse Nord RHF.

### **Konklusjon**

Adm. direktør tilrår overfor styret i Helse Nord RHF om å ta utviklingsplanen for Helgelandssykehuset HF til orientering.

Etter styrets behandling oversendes saken til Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte.

Adm. direktør anbefaler videre at arbeidet med idéfasen startes, og at Helse Nord RHF - i samarbeid med Helgelandssykehuset HF - utarbeider mandat med den disposisjonen som følger av tidligfaseveilederen.



Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025* til orientering. Styret er tilfreds med en god og ryddig gjennomføring av arbeidet med utviklingsplanen. Utredningen får på en god måte frem virkningene av de ulike alternativene for utviklingen av et somatisk spesialisthelsetjenestetilbud på Helgeland. Ved å inkludere psykisk helsevern og rus i neste fase vil en få frem et godt planverk for et helhetlig helsetilbud i denne delen av regionen.
2. Styret ber adm. direktør om å oversende saken til Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte.
3. Styret ber adm. direktør om å utarbeide mandat for det videre arbeidet med idéfasen - i samarbeid med Helgelandssykehuset HF.

Bodø, den 20. mai 2015

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg:

- Vedlegg 1 Styresak 26 HSHF Utviklingsplan 2025
- Vedlegg 2 Utviklingsplan Helgelandssykehuset HF
- Vedlegg 3 Utviklingsplan 2025, høringsprotokoll
- Vedlegg 4 Rapport Brønnøy LMS 19 12 2014

Vedleggene er lagt ut på Helse Nord RHF's nettside - se her:

[Styremøte i Helse Nord RHF 27. mai 2015](#)