

Styresak 55-2021 Nye Helgelandssykehuset

1. Oppdatert økonomisk bæreevneanalyse

2. Faglig strategisk utviklingsplan

3. Tomteutredning Sandnessjøen og omegn – tomter i konseptfasens steg 1

Styret i Helgelandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar den oppdaterte økonomiske bæreevneanalysen til etterretning og ber om at den legges til grunn for videre arbeid i konseptfasen og etableringen av Nye Helgelandssykehuset.
2. Styret er tilfreds med at sykehusmiljøene, gjennom samarbeidet, har utarbeidet en felles faglig strategisk utviklingsplan for å underbygge målsettingen for Nye Helgelandssykehuset.
3. Styret presiserer at faglig strategisk utviklingsplan er et felles grunnlag for videre utvikling av tjenestetilbudet. Planen inneholder:
 - nødvendig avklaring av funksjonsfordeling som følge av strukturvedtaket
 - grunnlag for dimensjonering
 - grunnlag for videre OU-arbeid
4. Styret tar faglig strategisk utviklingsplan til orientering, og ber om at faglig strategisk utviklingsplan legges til grunn for videre arbeid i konseptfasens steg 1 og etableringen av Nye Helgelandssykehuset.
5. Styret tar tomteutredningsrapporten med tilhørende innspillsnotat til orientering.
6. Styret ber om at tomt 1 (dagens sykehustomt i Sandnessjøen) og tomt 7 (Rishatten, Sandnessjøen) utredes videre i konseptfasens steg 1.
7. Det gjennomføres parallelt med oppstarten av konseptfasens steg 1 en dokumentgjennomgang av alle tidligere utredninger og en ytterligere vurdering av økonomiske og samfunnsmessige forhold knyttet til Tovåsen-alternativet.

Formål:

Det overordnede formålet med saken er å få gjort beslutninger som er nødvendige for at prosjektet Nye Helgelandssykehuset skal kunne avslutte konseptfasens steg 0 og klargjøre styringsdokument for konseptfasens steg 1. Beslutningene som fattes i denne saken vil gi prosjektet nødvendige styringssignaler og for neste fase, som etter planen skal starte høsten 2021.

Bakgrunn:

Foretaksprotokollen fra foretaksmøte i Helse Nord fra 27. januar 2020 er prosjektets mandat. Der slås det fast at Helgelandssykehuset i framtiden skal driftes som ett sykehus, på to lokasjoner, der sykehuset i Sandnessjøen og omegn skal være hovedsykehus. Strukturen med distriktpsikiatriske sentre skal være som i dag. Det skal etableres DMS på Sør-Helgeland og det skal utredes et poliklinisk somatisk tilbud i Mosjøen.

Konseptfasens steg 0 er det første steget i en lang prosess med å virkeliggjøre strukturvedtaket. I denne fasen har det pågått tre hovedaktiviteter: Oppdatering av den økonomiske bæreevneanalysen, utforming av ny faglig strategisk utviklingsplan og tomteutredning. Resultatet av disse aktivitetene er vesentlige hver for seg, men sammenhengen mellom dem spiller en helt sentral rolle for hvorvidt prosjektet skal kunne realisere strukturvedtaket som sier at Nye Helgelandssykehuset skal være ett sykehus, fordelt på to lokasjoner. Denne saken søker å vise disse sammenhengene.

De prosjektutløsende faktorene for Nye Helgelandssykehuset er:

- Sårbar rekrutteringssituasjon
- Behov for økt samhandling mellom helseforetakene i Helse Nord RHF og med kommunene på Helgeland
- Ikke bærekraftig økonomi
- Teknisk og funksjonelt uhensiktsmessige bygg for moderne helsetjeneste
- Behov for mer pasientrettet, effektiv organisering av tjenesten og de tilgjengelige ressursene
- For høy pasientlekkasje
- Endring i befolkningssammensetning og demografi
- Behov for økt satsning på forskning, innovasjon og utdanning

Styringsdokumentet for konseptfasens steg 0, vedtatt av styret i sak 97-2020, beskriver et målhierarki som definerer hvordan man skal svare ut de prosjektutløsende behovene

Effektmålene beskriver den direkte effekten av tiltaket, det vil si virkningen for brukerne. Effektmålene for Nye Helgelandssykehuset er, oppsummert:

- Enhetene i Helgelandssykehuset skal driftes som ett sykehus
- Videreutvikle et helhetlig tjenestetilbud til pasientene på Helgeland
- Pasienten mottar en kunnskapsbasert tjeneste med god kvalitet i Helgelandssykehuset

- Helgelandssykehuset er en attraktiv arbeidsplass med stabilt fagmiljø, godt arbeidsmiljø og riktig kompetanse
- Helgelandssykehuset er tilrettelagt for utdanning, opplæring, forskning og kompetanseutvikling
- Helgelandssykehuset er et ressurs- og kostnadseffektivt sykehus
- Helgelandssykehuset har effektive, funksjonelle og bærekraftige sykehusbygg
- Helgelandssykehuset er et grønt sykehus

Resultatmål angir konkrete måltall som skal være oppnådd ved realiseringen av prosjektet. Dette måles i tid, kostnad og kvalitet. For konseptfasen skal resultatmålene for kostnad og kvalitet likestilles, og prioriteres foran tid. Det skal foreligge et beslutningsgrunnlag som er tilstrekkelig faglig utredet og som er innenfor definert styringsmål for investering og bæreevne.

Konseptet man velger etter endt konseptfase skal som følge av dette ha bæreevne - både økonomisk og faglig – til å nå effektmålene som er listet over.

I denne saken presenteres en oppdatert analyse av økonomisk bæreevne for Helgelandssykehuset, en faglig utviklingsplan utformet av fagmiljøene som viser retningen de ønsker for den faglige utviklingen i foretaket, og en tomterapport som ut fra vedtatte kriterier anbefaler hvilke tomter som er best egnet sett opp mot de prosjektutløsende behov, effekt- og resultatmål.

Styresaken består av tre deler. Det foreslås at styret gjør midlertidige vedtak for hver av de tre sakene, for så å fatte et endelig vedtak til slutt. Formålet med å bygge opp saken på denne måten er at styret vil kunne se tre sakene, og vedtakene i hver av dem, i sammenheng.

Videre prosess – konseptfasens steg 1 og 2

I styremøtet i august blir styringsdokumentet for konseptfasens steg 1 lagt frem.

Konseptfasen skal i hovedsak utføres i to steg:

- Steg 1: Hovedprogram og alternativutredning
- Steg 2: Valg og utdyping av hovedalternativ (bygningmessig alternativ)



Beslutningspunkter

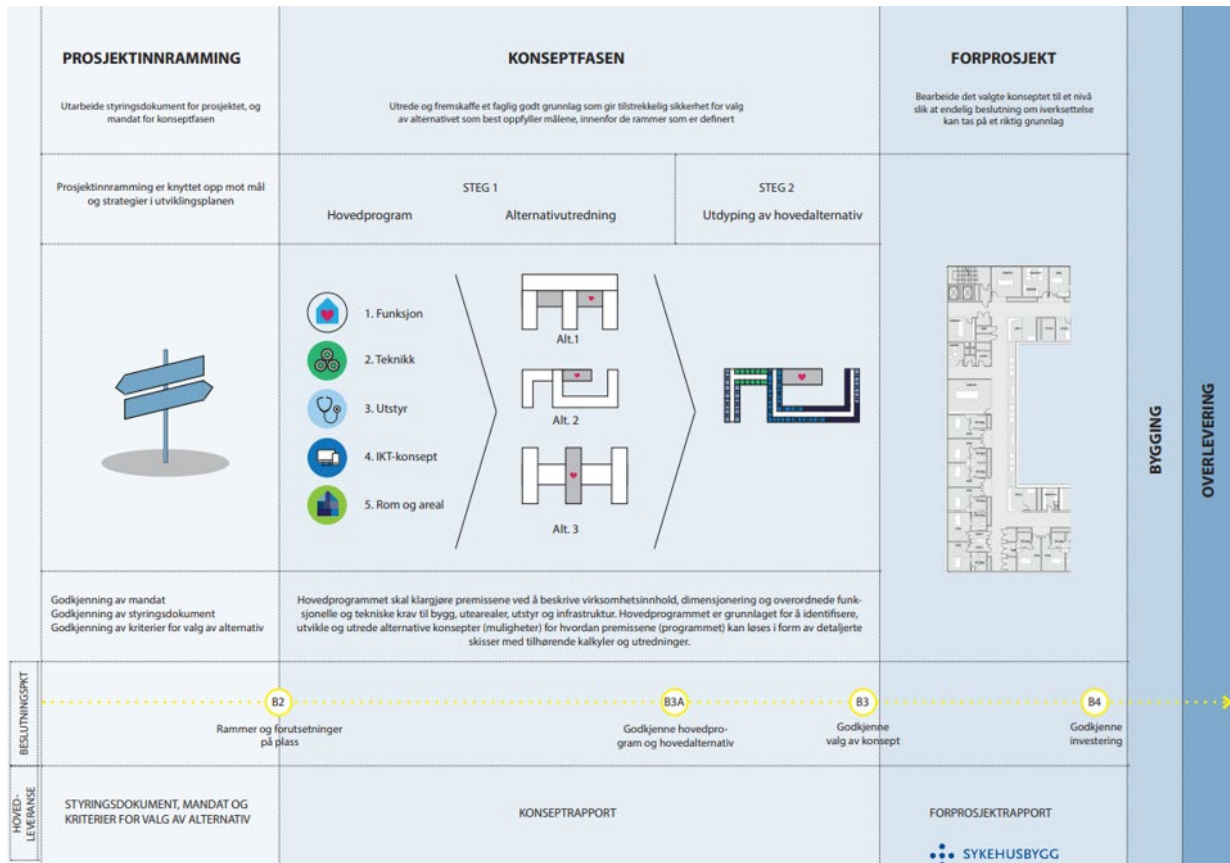
B3A: Anbefalt alternativ for utdypning i steg 2 **B3:** Valg av konsept

Figur 1 - Prinsippkisse tidligfasen

I det første steget klargjøres premissene for innholdet i bygget i form av et hovedprogram. Hovedprogrammet bygger på premissene gitt i faglig strategisk utviklingsplan (FSU). Basert på hovedprogrammet starter arbeidet med å utvikle og utrede alternative løsninger og konsepter per lokasjon (Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen). Det gjøres foreløpige estimater og analyse for økonomisk bæreevne oppdateres. Alternativene evalueres i henhold til kriterier for alternativvurdering. Steg 1 avsluttes med en beslutning der valg av hovedalternativ per lokasjon som skal utdypes i steg 2, vedtas.

I det andre steget utredes hovedalternativ per lokasjon, utdyping i form av detaljerte skisser med tilhørende kalkyler og utredninger. Utredningene sammenfattes i en konseptrapport, som grunnlag for å beslutte hvilket konsept (alternativ) som skal bearbeides videre i en forprosjektfase og gi grunnlag for lånesøknad til HOD.

Parallelt med konseptfasen gjennomføres ekstern kvalitetssikring, følgeevaluering (KSK).



Figur 2 2 - Illustrasjon på utvikling av tidligfasen

Del 1: Oppdatert økonomisk bæreevneanalyse

Styret i Helgelandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende foreløpige vedtak:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar den oppdaterte økonomiske bæreevneanalysen til etterretning og ber om at den legges til grunn for videre arbeid i konseptfasen og etableringen av Nye Helgelandssykehuset.

Formål:

Formålet med del 1 av styresaken er å orientere styret om resultatet av oppdatert bæreevneanalysen. Analysen tar utgangspunkt i protokollen fra foretaksmøtet i Helse Nord 05.02.20, og saken viser hvilke oppdateringer som er gjort sammenliknet med bæreevneanalysen fra 2019.

Bakgrunn:

Styret i Helgelandssykehuset behandlet i styresak 115/2019 (28.11.19) helseforetakets bæreevne i de alternativene som da var til vurdering. Figuren nedenfor er hentet fra denne behandlingen. Alternativet betegnet som 2b-1 (2) er det alternativet som i størst grad ligner på de to alternativene som nå er til vurdering. Dette alternativet hadde akuttstue i Sandnessjøen og Mo i Rana. Tallene til høyre i denne tabellen under (2b-1 (2)) er beregnet dersom man bygger videre på dagens sykehus i Sandnessjøen, mens tallene til venstre innebærer nybygg. Som det fremkommer av kolonnen til høyre, resterende bæreevne, ble det vurdert til at helseforetaket hadde økonomisk bæreevne dersom det ble valgt en modell der man bygde videre på dagens sykehus i Sandnessjøen. Alternativet med nybygg i Sandnessjøen innebar negativ økonomisk bæreevne.

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

Alternativene

Det presenteres tre alternativer i denne analysen, i tillegg til 0-alternativet. 0-alternativet, som i praksis vil si dagens struktur, med nødvendig oppgradering av teknisk tilstand i byggene, er ikke betraktet som et relevant alternativ. Vedtaket sier at man skal ha ett Helgelandssykehus som skal utvikles, inklusive psykisk helsevern og TSB. Det vil ikke være mulig innenfor 0-alternativet. Dagens bygningsmasse er ikke funksjonelt egnet i forhold til moderne klinisk praksis, og en oppgradering vil ikke kunne vurderes som en langsiktig god løsning for befolkningen på Helgeland. Det innarbeides derfor et referansealternativ 0+, som betyr at dagens bygningsstruktur består, men bygges om til mer funksjonelle sykehus, med samme levetidsvurderinger som alternativ 1 og 2 (se under).

Det presiseres at verken 0-alternativet eller 0+alternativet er relevante som alternativ ettersom ny struktur for Helgelandssykehuset – ett sykehus på to lokasjoner - er vedtatt. 0 og 0+ er referansealternativer. En annen forskjell fra 2019 er at psykisk helsevern og TSB likestilles med somatikk med tanke på ombyggingsbehov. Dette vil innebære at kostnader ved å videreføre dagens struktur vil bli høyere enn den var i 2019.

- Referansealternativ 0+: Oppgradering og ombygging av sykehus innenfor dagens struktur.
- Alternativ 1: *Nybygg* i Sandnessjøen og omegn, samt oppgradering og ombygging for de andre lokasjonene.
- Alternativ 2: *Utvikling og utvidelse* av dagens sykehus i Sandnessjøen, på eksisterende tomt, samt oppgradering og ombygging for de andre lokasjonene.

Investeringskostnader:

Basert på kostnadssammenligning av tidligere og eksisterende prosjekt, med utgangspunkt i notat fra ÅF Advansia og Bygganalyse, «Vurdering av økonomiske beregninger i bæreevneanalysen», fremgår en vurdering av kostnader for ombygging fordelt på henholdsvis lett, middels og tung ombygging. Disse tallene, indeksjustert til 2021-priser ligger til grunn for ombyggingskostnadene. Her er det i tillegg lagt til priser for medisinsk-teknisk utstyr (MTU), overordnet IKT-konsept (O-IKT) og rokadekostnader som følge av ombyggingene. MTU og O-IKT er inkludert i nybyggsprisene, men for ombygging antas det en lavere kostnad enn for nybygg.

Tiltak	Kostnad
Lett ombygging*	13 068 kr/m ² BTA
Middels ombygging*	36 532 kr/m ² BTA
Tung ombygging*	81 871 kr/m ² BTA
MTU	100 000 000,-
O-IKT	1 250 kr/m ² BTA på middels og tung rehabilitering
Rokade SSJ 0+	100 000 000,-
Rokade MSJ 0+	100 000 000,-
Rokade MIR 0+	70 000 000,-

Det er usikkerhet knyttet til kostnadsnivået for rehabilitering. Avsetningen til O-IKT er et grovt overslag, basert på ca. halvparten av kostnader ved å bygge et nytt sykehus. Når det gjelder MTU er det avsatt et beløp for å dekke noe nytt medisinsk teknisk utstyr. Ved stor utskiftning av det utstyret og høyt etterslep, vil denne summen være for liten. Vi sitter per nå ikke på detaljert informasjon om utstyrsparken til Helgelandssykehuset og således må kostnadene vurderes nærmere i konseptfasen. Rokadekostnadene er vurdert lavere for Mo i Rana fordi dette oppsettet legger til grunn bruk av Selfors sykehjem.

Kostnadsvurderingene følger Helse Nords tilgjengelige investeringsramme (P85), og beregning av nybyggskostnadene er vurdert til 108 386 kr/m² for bruttoarealet. I tabellene under vises areal investeringskostnader (kostnadsramme) og gjennomsnittlig pris per m², for de ulike alternativene. I beregningene for nybyggskostnader er dyreste tomt lagt til grunn.

Referansealternativ 0+ Oppgradering og ombygging

Lokasjon	Areal	Kostnadsramme (P85-nivå)	Gj.snitt. pris kr/m ² BTA
Sandnessjøen	19 711	1 074 683 142	54 522
Mo i Rana	23 847	1 011 804 363	42 429
Mosjøen	17 322	993 569 733	57 359
Sum	60 880	3 080 057 238	50 558

Alternativ 1 Nybygg Sandnessjøen og omegn

Lokasjon	Areal	Kostnadsramme (P85-nivå)	Gj.snitt. pris kr/m2 BTA
Sandnessjøen	25 925	2 809 907 050	108 386
Mo i Rana	23 847	1 011 804 363	42 429
Mosjøen	2 600	33 976 800	13 068
Mosjøen PHV	6 000	491 226 000	81 871
Sum	58 372	4 346 914 213	74 528

I alternativ 1 legges det opp til en lettere ombygging i Mosjøen for somatikk, mens det legges opp til tung ombygging for psykisk helsevern. Det forutsettes da at Mosjøen PHV kan flytte inn i sykehuset. Videre er kostnadene kun til ombygging og tar ikke med seg kostnader til O-IKT, MTU og rocade for Mosjøen i dette alternativet.

Alternativ 2 Ombygging m/tilbygg, Sandnessjøen

Lokasjon	Areal	Kostnadsramme (P85-nivå)	Gj.snitt. pris kr/m2 BTA
Sandnessjøen	24 711	1 611 280 755	65 205
Mo i Rana	23 847	1 011 804 363	42 429
Mosjøen	2 600	33 976 800	13 068
Mosjøen PHV	6 000	491 226 000	81 871
Sum	57 158	3 148 287 918	53 339

Bygningsmassen i Mo og i Mosjøen antas lik i alternativene 1 og 2. For Sandnessjøen er det lagt inn ombyggingskostnader for eksisterende sykehus, samt et nybygg på 5000 m2 på eksisterende tomt.

Bæreevne

Nye Helgelandssykehuset skal kunne avslutte konseptfasens steg 0 og klargjøre styringsdokument for konseptfasens steg 1. I den anledning er helseforetakets økonomiske bæreevne også på ny vurdert.

Innledningsvis orienteres om noen viktige endrede forutsetninger fra vurderingen som ble foretatt høsten 2019;

- Kapitalkompensasjon fra Helse Nord: Tilskudd på 2 % av godkjent investeringsbeløp pr år. Etter avklaring med Helse Nord RHF, er det nå lagt til grunn at denne

kompensasjonen gis i hele låneperioden 25 år. I analysen foretatt i 2019 var det forutsatt at denne kompensasjonen var gjeldende i kun 10 år.

- Egenkapital økt fra 460 mill.kr. til 540 mill.kr., noe som i all hovedsak skyldes utsatt byggestart
- Rentesats på lån i forbindelse med investeringen er nedjustert fra 3,5 % til 3 %
- Byggekostnader er beregnet ut fra en teoretisk P85. I analyse foretatt i 2019 var det benyttet erfaringstall fra tidligere prosjekter, som noenlunde tilsvarer P50. Differansen mellom P50 og teoretisk P85 er satt til 10 % (brutto/nettofaktor satt til 2,3). Nybyggkostnader settes til 108.000,- pr. kvm.
- I beregningen foretatt høsten 2019 ble bygninger utenom nybygg og eventuell bruk av nåværende lokaler i Sandnessjøen kun forutsatt opprustet til TG1 (tilstandsgrad 1). I denne analysen er det forutsatt at bygninger som benyttes i videre sykehusdrift også gis en funksjonell oppgradering.

Oppdaterte estimater netto driftsgevinster

I tabellen nedenfor fremkommer de vurderinger som er foretatt av endrede netto driftsutgifter ved de ulike alternativene.

Område	0-alt.	0+ alt.	Alt. 1, nybygg	Alt. 2
	Dagens struktur	Dagens struktur	A: SSJ, MiR DMS: BrS	A: SSJ, MiR DMS: BrS
Somatikk	20	20	50	50
PHV	2	2	2	2
Bortfall av kutt i basisramme	4,5	4,5	4,5	4,5
FDV-kostnader	0	0	2,8	4,3
Prehosp. og pasienttransport ambulanse	0	0	- 14,5	- 14,5
Pasienttransport, økt reisevei	0	0	- 5	- 5
Redusert pasienttransport, digitale pol. kons.	3	3	6	6
Hjemhenting gjestepasienter	2	2	5	5
Innkjøp	10	10	10	10
Akuttpsykiatrisk tilbud	0	+	+	+
Netto driftsgevinster	41,5	41,5	60,8	62,3
Resultat dagens drift	20	20	20	20
Resultat uten kapitalkompensasjon	61,5	61,5	80,8	82,3
Kapitalkompensasjon*	0	60	80	60
Resultat med kapitalkompensasjon	61,5	121,5	160,8	142,3
DMS Brønnøysund				

Merk at positive fortegn gir nettodriftsgevinster, mens negative fortegn gir økte driftsutgifter.

Noen kommentarer til de omtalte områdene:

Somatikk: Estimerte gevinster innen somatikken i alternativ 1 og 2 skyldes hovedsakelig effekter av samordningsgevinster mellom driftsenhetene i Sandnessjøen og Mosjøen. Til sammen er dette estimert til å utgjøre ca. 40 årsverk. Tidligere gjennomførte benchmarkinger med andre helseforetak viser også at Helgelandssykehuset kan hente ut

positive driftsbesparelser også i nåværende sykehusstruktur. Dette danner grunnlaget for beløpet på 20 mill. kr. som fremkommer under 0- og 0+ alternativet.

Psykisk helsevern: I analysen foretatt i 2019 var det lagt til grunn en større grad av samordning av tjenestene innen psykisk helsevern. Dette var estimert til å gi besparelser i størrelsesorden 4 mill.kr. Deler av denne samordningen er nå hentet ut, estimatet er derfor nedjustert til 2 mill.kr.

Basisramme: Helseforetaket får i dag en reduksjon i sin tildelte ramme fra Helse Nord RHF på 4,5 mill.kr. som følge av for høyt aktivitetsnivå innen poliklinisk virksomhet. Det settes en målsetting om å tilpasse den polikliniske aktiviteten med formål å eliminere fremtidig trekk i basisrammen.

FDV-kostnader: FDV-kostnader er beregnet basert på antall kvadratmeter i hvert alternativ. Estimat på FDV-sats per kvm er kr. 1.150.

Prehospital og pasienttransport ambulanse: Ved en nedleggelse av døgndriften ved sykehuset i Mosjøen er det vurdert til å være behov for å styrke ambulanskapasiteten med to ambulanser. Drift, avskrivning og stasjonskostnader ved drift av to ambulanser i døgnerberedskap estimeres til årlig å koste 14,5 mill. kroner.

Pasienttransport, økt reisevei: Merkostnad i pasientreiser ved endring i driften ved Mosjøen estimeres til 5 mill. kr. (beløpet estimeres til å være noe lavere dersom sykehuset legges på Tovåsen, 2 mill. kr.). Merkostnaden vil avhenge av pasientvalg, kollektivtilbud og henvisningspraksis med tanke på fordeling mellom egen transport, kollektivtransport, taxi, helseekspress og ambulanse. Estimatet er derfor beheftet med betydelig usikkerhet.

Redusert pasienttransport, digitale polikliniske konsultasjoner: Det vil være flere faktorer som gir reduserte pasientreisekostnader. Redusert poliklinisk aktivitet på ca. 15 % som følge av målsetting om å unngå kutt i basisramme, samt økt andel digitale polikliniske konsultasjoner (målsetting dette året er 15 %, dagens andel er 5 %) vil bidra til reduserte reisekostnader.

Andel digitale konsultasjoner antas å øke i fremtiden. Det kan her blant annet nevnes at Oslo universitetssykehus allerede har et nivå på over 15 % polikliniske konsultasjoner. I deres planer for nybygg legges det til grunn en målsetting om 30 % digitale polikliniske konsultasjoner. Denne besparelsen er grovt estimert til 6 mill. kr. i alt. 1 og 2, og 3 mill.kr. i alt. 0 og 0+ som følge av at det vil være lettere å gjennomføre dette tiltaket i fornyet sykehusstruktur.

Hjemhenting av gjestepasienter: Målsetting om besparelse på 5 mill. kr. ved ny struktur og 2 mill. kr. ved dagens sykehusstruktur. Et større og mer tverrfaglig sykehus medfører enklere prosess med hjemhenting av gjestepasienter.

Innkjøp: Pågående innkjøpsprosjekt i Helse Nord, besparelse her er estimert til 10 mill. kroner.

Kapitalkompensasjon: 2 % av investeringskostnad i lånets nedbetalingstid, 25 år.
(Kapitalkompensasjonen avrundes til nærmeste 10 mill. kr.)

Vurderinger av økonomisk bæreevne

I tabellen nedenfor oppsummeres estimerte investeringskostnader i de ulike alternativene. Alle beløp i figuren er i MNOK.

Alternativ	MiR	SSJ	MSJ	BrS	Sum ekskl. BrS
0-alt.**	243	345	126	160*	714
0+ alt.	1 012	1 075	994	160*	3 080
Alt. 1, nybygg	1 012	2 810	525	160*	4 347
Alt. 2	1 012	1 611	525	160*	3 148

	Akuttsykehus
	DMS
	Spesialisthelsetjeneste

I tabellen nedenfor er det foretatt en oppsummering av økonomisk finansierings- og bæreevne:

Alt.	Vurdering av finansieringsevne			Vurdering av bæreevne		
	(1) Egen-finansieringskrav	(2) Estimert finansieringsevne	(2)-(1) Rest. finansieringsevne	(3) Estimert investeringskostnad	(4) Estimert bæreevne	(4)-(3) Resterende bæreevne
Alt. 0	143	540	397	714	1 650	936
Alt. 0+	616	540	-76	3 080	2 750	-330
Alt. 1, nybygg	869	607	-262	4 347	3 700	-647
Alt. 2	630	552	-78	3 148	3 300	152

Noen kommentarer til tallene ovenfor:

- Positive sort tall, indikerer at krav til finansierings-/bæreevne er oppfylt
- Negative røde tall indikerer at krav til finansierings-/bæreevne ikke er oppfylt
- Alternativ 1 inkluderer 80 mill.kr. i kapitalkompensasjon. Gjøres det en sensitivitetsberegning der denne kompensasjonen reduseres til 60 mill. kr, (som i alternativ 2) vil bæreevnen reduseres med ytterligere 350 mill. kr.
- 10 mill. kr i økte inntekter/reduserte kostnader medfører ca. 170 mill. kr. i styrket bæreevne

Overordnet vurdering av bæreevne:

Som vist i tabellen ovenfor, er det kun alternativ 2 som viser positiv økonomisk bæreevne. Vi ser da bort fra det såkalte 0-alternativet som kun innebærer en bygningsmessig opprustning til det som bygningsmessig betegnes som tilstandsgrad 1 (TG1).

Alternativet der det bygges nytt sykehus i Sandnessjøen eller omegn viser en negativ økonomisk bæreevne på nærmere 650 mill. kr., mens man ved å videreutvikle nåværende sykehusbygg i Sandnessjøen vurderer til å ha en positiv økonomisk bæreevne på i overkant av 150 mill. kroner.

Del 2: Faglig strategisk utviklingsplan

Styret i Helgelandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende foreløpige vedtak:

1. Styret er tilfreds med at sykehusmiljøene, gjennom samarbeidet, har utarbeidet en felles faglig strategisk utviklingsplan for å underbygge målsettingen for Nye Helgelandssykehuset.
2. Styret presiserer at faglig strategisk utviklingsplan er et felles grunnlag for videre utvikling av tjenestetilbudet. Planen inneholder:
 - nødvendig avklaring av funksjonsfordeling som følge av strukturvedtaket
 - grunnlag for dimensjonering
 - grunnlag for videre OU-arbeid
3. Styret tar faglig strategisk utviklingsplan til orientering, og ber om at faglig strategisk utviklingsplan legges til grunn for videre arbeid i konseptfasens steg 1 og etableringen av Nye Helgelandssykehuset.

Formål:

Formålet med del 2 av styresaken er å opplyse styret om utviklingsplanprosessen og resultatet av arbeidet, og på bakgrunn av dette få en beslutning om å legge planen til grunn for det videre arbeidet i konseptfasens steg 1, og at den skal være grunnlag for videre utvikling av tjenestetilbudet.

Bakgrunn:

Utarbeidelse av faglig strategisk utviklingsplan (FSU, vedlegg 3) er et direkte oppdrag som følge av strukturvedtaket i foretaksmøte 27.01.20. Planprosessen hadde to tidshorisonter:

- Nærstående perspektiv
Foretaksmøte valgte å peke spesifikt på fordeling av medisinske spesialiteter, og hvilke sykehus som skulle ha akuttberedskap i ulike spesialiteter. Fordelingen av spesialiteter var ikke fullstendig. I oppdraget ble det presisert at det vil være svært viktig at organisasjonen utarbeider en faglig utviklingsplan slik at medarbeidere ser et fremtidsbilde som de identifiserer seg med.

Endret fordeling av funksjoner innenfor ulike spesialiteter gir en direkte konsekvens for bygg når antall sykehus reduseres. Helse Nord ba i foretaksmøte med Helgelandssykehuset å starte konseptfase for Nye Helgelandssykehuset. Utviklingsplanen måtte ivareta behov for oppdatering av det faglige dimensjoneringsgrunnlaget gjennom en overordnet faglig utviklingsplan.

- Langsiktig perspektiv:
Prosessen inviterte til å vurdere modernisering av virksomheten på lang sikt, omfattet faglig utvikling, samhandling, utdanning/rekruttering og andre forhold som er mindre relatert til den nære konseptfasen.

Organisering av arbeidet

Seks av prosjektgruppene ble organisert etter grupper av medisinskfaglige spesialiteter og funksjoner som følger disse. Dette ble vurdert som riktig for svare ut utfordringen gitt i oppdraget om funksjonsfordeling. I tillegg ble det organisert tverrgående gruppe for utdanning, innovasjon, forskning, opplæring og rekruttering, og egen tverrgående gruppe for samhandling, egen gruppe for logistikk og for administrasjon og ledelsesstøtte. Gruppene ble sammensatt på tvers av enheter med mandat om ikke å representere geografiske særinteresser.

Gruppene var sammensatt av ulike profesjoner for å gi bredde i vurderingene, men uten at en var representant for en profesjon. Samhandlingsgruppen hadde deltakelse fra kommuner. Prosessen ble lagt opp for å danne felles bilder av mål, status, overordnet endringsbehov og å peke retning for virksomhetsutvikling. Gruppene var utpekt av Helgelandssykehuset, ledet av personell fra Helgelandssykehuset, og Sykehusbygg var tilretteleggere.

Gjennomføring av planprosessen

Prosessen ble gjennomført digitalt. Planen var å samle gruppene i heldagsmøter, med muligheter for å jobbe deler av dagene på tvers av grupper. Dette ble forhindret av Covid-19-restriksjoner. Alle møtene ble organisert på Teams og en mistet mye av den tilsiktede formelle og uformelle dialogen i og mellom gruppene. Tilretteleggerne fikk av hensyn til smittesituasjonen ikke anledning til befarings på de ulike stedene, og lokalkunnskap ble noe mangelfull. Behovet for møter strakk seg ut over den planlagte tidsrammen for å kunne samles om anbefalingene. Dette medførte prosess i gruppene helt inn mot leveransetidspunkt, og perioden for gjennomgang av det samlede produktet ble kort.

Prosessen utviklet seg ulikt i de kliniske gruppene. Kapitlenes oppbygging representerer hvilke forhold som er vektlagt.

Gruppene la til grunn faglige vurderinger, og viste stor vilje til å finne løsninger for å nå de målsettingene som var satt for pasientbehandlingen og prosjektet. Strukturvedtaket i foretaksprotokollen hadde ulike tolkningsmuligheter, og disse ble i ulik grad utfordret i gruppene. Det var ikke full enighet om hvordan den faglige utviklingen best kunne skje innenfor strukturvedtaket.

Prosessen ble gjennomført med enighet om fordeling av de medisinske spesialitetenes hovedbase. Det var gjennomgående enighet om at større fagmiljøer ville styrke sykehusene, og at geografisk distribuerte tjenester tilbud ville øke tilgjengeligheten for pasientene (til desentrales tjenestested og mellom sykehusene). Det var ulik oppfatning av hvor stor andel av den samlede ressurs i Helgelandssykehuset som kunne distribueres og samtidig opprettholde sterke sykehustilbud.

Psykisk helsevern, TSB og habilitering hadde allerede etablert en struktur som tilsvarte vedtaket i foretaksprotokollen. I arbeidet med videre utvikling i disse fagene var i liten grad påvirket av endringen fra tre til to somatiske sykehus.

I gruppene som i mindre grad av var lokasjonsavhengig var det i liten utstrekning motstridende interesser.

Divergens ved leveransetidspunkt kan sammenfattes til følgende punkter:

- Hvilke føringer rollen som hovedsykehus har for videre utvikling i Helgelandssykehuset.
- Omfanget av tilbudet i Mosjøen.
- Hvorvidt tomtevalget har betydning for omfanget av tilbudet i Mosjøen.

Utviklingspotensial

I anbefalingene i rapporten er det ikke avvik fra føringene som ligger i vedtaket.

Det legges plan for utvikling som i stor grad er videreføring og modernisering av dagens tjenesteform, innenfor rammene av ny struktur. Det er ikke foreslått radikale endringer av tjenestetilbudets utforming. De største utviklingsmulighetene i de somatiske pasienttilbudene er knyttet til medisinsk faglig og teknisk utvikling. Dette omfatter kliniske metoder, legemidler og utstyr. Gruppene ser at dette kommer, men det er ikke mulig å si hvor og når dette får direkte innvirkning. Gruppene ser muligheter i å ta i bruk moderne kommunikasjonsteknologi mellom fagmiljøer, og mellom pasient og spesialister for å bedre behandling og øke samhandling, uten økt reisebelastning. Dette er allerede en del av utviklingsarbeidet i foretaket og er forsterket. Tilsvarende er det forventet at den teknologiske utviklingen muliggjør at større del av pasientbehandlingen kan være hjemmebasert. Videre legges det planer for tettere samarbeid mellom tjenestenivåene for å sikre helhet i pasientbehandlingen. Ulike meninger om hva som bør utledes av begrepet hovedsykehus påvirker i liten grad disse forholdene.

Planen er preget av den direkte, og tidsnære sammenhengen mellom den faglige utviklingsplanen og oppstart av konseptfase steg 1. Det er gitt en omforent anbefaling av hvor tjenestetilbudenes «baser» skal være lokalisert og grunnlag for å beregne areal (se under om Mosjøen). Det er enighet om at ambulerende tjenester på tvers av enheter har verdi for pasienten, men at de fagene med få spesialister må vurdere omfanget av dette opp mot hensynet til aktivitet i sykehusene. Dette kan variere over tid og er ikke detaljregulert i planen.

Planen har fokus på utvikling av lokalsykehusrollen. Dette innebærer at pasientene skal ha tilgang på spesialisthelsetjenester, med høy kvalitet lokalt på Helgeland.

Det er gjennom planarbeidet lagt vekt på at enhetene skal utvikles som ett sykehus. De faglige basene skal utvikles som fellesressurs i foretaket, for pasientene og samarbeidsparter.

Planarbeidet har lagt til grunn pasientforløpsperspektiver som strekker seg fra hjem til hjem. Planen omfatter potensial i samhandling om pasientbehandlingen mellom spesialisthelsetjenester, mellom kommuner og Helgelandssykehuset og med pasienter. Eksisterende og nye modeller for samhandling er beskrevet. Planen viser til potensial i hjemmebaserte tjenester. Målrettet bruk av teknologi vil underbygge dette potensialet

Planen viser at faglig kvalitet er førende for utviklingsarbeidet. Strukturendringen gir muligheter for sterkere fagmiljø, som er viktig for pasienten og rekruttering på lang sikt. God kvalitet i lokalsykehus innebærer også at pasientene får tilgang til mer spesialisert kompetanse i andre sykehus i de deler av pasientforløpet dette er viktig. Dette gjelder både akutt og elektive tjenester

Tiltak for å sikre tilgang til kvalifisert personell står sentral, og videre hvordan en best disponerer kvalifikasjoner mellom enheter. Det er beskrevet muligheter som ligger i høyere grad av faglig samarbeid mellom enheter gjennom dialog, ambulering, gjennom utdanningsløp på tvers av enheter.

Planen vektlegger utdanning, opplæring, forskning og kompetanseutvikling.

Sammenheng mellom økonomisk bæreevne, FSU og tomtevalg

Det er ikke faglige føringer i planen for tomtevalg. I rapporten går det fram at tomtevalg har betydning for endelig anbefaling av tilbudet i Mosjøen.

Det er faglige forhold, innenfor strukturvedtaket, som er vurdert før anbefaling om aktivitet i hver lokasjon. Kostnader har ikke vært faktor i avveiningene i de faglige arbeidsgruppene. Den foreslåtte strukturen er lagt til grunn i beregning av arealer på hver lokasjon. Overordnet vurdert vil det være en sammenheng mellom tomt, økonomi og FSU. Dersom alle midler går til bygg, vil det være mindre handlingsrom for faglig utvikling.

Anbefaling om videre prosess

Det anbefales at faglig strategisk utviklingsplan legges til grunn i arbeidet i steg 1 i konseptfasen.

Det innebærer at videre arbeid med byggrelaterte forhold følger krav og anbefalt prosess i Tidligfaseveileder i sykehusplanlegging. Dette innebærer at forhold i planen konkretiseres ytterligere. I konseptfasen må vertskommuner/kommunefellesskap, utdanningsinstitusjoner og Sykehusapotekene i Helse Nord involveres om mulige samlokaliseringssløsninger.

For den langsiktige utviklingen av Helgelandssykehusets aktivitet anbefales at dette følges opp av linjeledelse.

Utvikling som omfatter samhandling med andre helseforetak, kommunene, utdanningsinstitusjoner og brukere må følges opp i tråd med utviklingsplanen. For rekruttering anbefaler rapporten at Helgelandssykehuset samarbeider med aktører på Helgeland ut over helsetjenesten.

Det var planlagt at planprosessen skulle omfatte orientering til kommunestyre og brukerutvalg før styrebehandling. Dette ble det ikke rom for i konseptfasens steg 0. Både kommunene og brukerutvalget har hatt representanter i arbeidsgruppene. Brukerutvalget er også representert i prosjektet styringsgruppe.

I fasene med byggeplanlegging er det vesentlig at begge prosessene koordineres.

Del 3: Tomteutredning Sandnessjøen og omegn – tomter i konseptfasens steg 1

Styret i Helgelandssykehuset HF inviteres til å fatte følgende foreløpige vedtak:

1. Styret tar tomteutredningsrapporten med tilhørende innspillsnotat til orientering.
2. Styret ber om at tomt 1 (dagens sykehustomt i Sandnessjøen) og tomt 7 (Rishatten, Sandnessjøen) utredes videre i konseptfasens steg 1.
3. Det gjennomføres parallelt med oppstarten av konseptfasens steg 1 en dokumentgjennomgang av alle tidligere utredninger og en ytterligere vurdering av økonomiske og samfunnsmessige forhold knyttet til Tovåsen-alternativet.

Formål:

Formålet med del 3. av styresaken er å opplyse styret om endringer i tomterapporten som følge av innspillsrunden, og på bakgrunn av dette få en beslutning om hvilke tomter som skal tas med videre inn i konseptfasens steg 1.

Bakgrunn:

På oppdrag for Helgelandssykehuset HF og Sykehusbygg HF har Sweco Norge AS utredet og evaluert tomteforslag for det nye sykehuset i Sandnessjøen og omegn – definert innenfor en områdeavgrensing i kommunene Alstahaug og Leirfjord (vedlegg 4).

For å få best mulig grunnlag for beslutningen er tomteutredningen sendt ut på en faglig innspillsrunde til berørte statlige fagmyndigheter, Nordland fylkeskommune, berørte kommuner, utdanningsinstitusjoner og andre sentrale parter som berøres av utredningen.

Tomteutredningen forholder seg til tidligere vedtak i Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF, blant annet når det gjelder områdeavgrensing og kriterier for evaluering av tomter. For fullstendig oversikt over tidligere vedtak vises det til forutsetningsnotat for tomteutredningen, styresak 116/2020, 10.12.2020 for Helgelandssykehuset HF.

Mottatte innspill

Det er mottatt totalt 51 innspill (vedlegg 5 og 6), derav 40 fra forespurte innspillsparter. Innspillsrunden har gitt verdifull informasjon som har bidratt til å supplere og klargjøre temaer i revidert utgave av rapporten. Innspillene har ikke endret rapportens konklusjoner.

Innspillene som er behandlet omhandler metode/vekting, kriterier/indikatorer, tomter innenfor grovsiling og finsiling. Innspill som omhandler andre forhold som prosjektets mandat, interimperioden, tilbudet i Mosjøen og bæreevne omtales ikke i tomtesaken da dette behandles i andre prosesser.

Under følger en kort redegjørelse for noen av innspillene som er mottatt:

- Nordland fylkeskommune ved Fylkesrådet støtter det faglige utredningsarbeidet og metodikken som er benyttet. Vurderingene følger en logisk metodikk som er etterprøvbar og fylkesrådet er tilfreds med at tidligere vedtak er fulgt opp i forhold til utredningsområde.

Fylkesrådet ser ikke at de fem tomtene i Sandnessjøen setter vesentlige regionale interesser på spill. Når det gjelder tomtene i Tovåsen skriver fylkesrådet:

«Lokalisering av et nytt hovedsykehus i Tovåsen vil medføre økt behov for kollektivtransport og utbedringer av veinettet i området. Det må gjøres en vurdering av de økonomiske konsekvensene av dette.

Fylkesrådet viser til fylkesplanens arealpolitiske retningslinjer.... og Tovåsen som tomtealternativ vil ikke være i samsvar med disse retningslinjene.

Fylkesrådet vil be om å få komme tilbake med en mer inngående faglig vurdering dersom Tovåsen blir et aktuelt utbyggingsalternativ.»

- Nord universitet har tiltro til at beslutningstaker ser til forskning som underbygger at høyt utdannende folk legger til grunn et variert jobbmarked, korte og effektive arbeidsreiser, variert tilbud av gode bolig- og boområder, urbanitet, tjenestetilbud, fritidstilbud, tilgang til grønt- og friområder ved valg av bosted. Nord universitet uttaler seg ikke konkret om tomt.
- Det er mottatt 16 innspill fra berørte kommuner på Helgeland. Av disse har 11 kommuner på Sør-Helgeland gått sammen om et felles innspill og bestilt en vurdering av tomterapporten fra Oslo Economics. Oslo Economics drøfter forhold rundt rapportens vektning og de enkelte kriterier med tilhørende indikatorer. Innspillet fra kommunene på Sør-Helgeland er svart ut i vedlegg til styresaken "Oppsummering av innspill". Tomteutredningen er supplert på enkelte områder, men vurderingene fra Oslo Economics endrer ikke rapportens konklusjoner. De 11 kommunene har i tillegg gjort egne vedtak der de fleste uttrykker at de stiller seg bak helseministerens vedtak.

Det er i innspillsrunden ikke direkte forespurt kommunene hvilken tomt de foretrekker. Likevel har to av de 11 kommunene på Sør-Helgeland eksplisitt kommentert av de støtter en lokalisering i Sandnessjøen. Av de fem øvrige kommunene på Nord-Helgeland har de alle eksplisitt pekt på en lokalisering i Sandnessjøen. I motsetning er det en av 11 kommuner som eksplisitt har pekt på en lokalisering i Leirfjord kommune, Tovåsen. De fem kommunene på Nord-Helgeland støtter rapportens faglige vurderinger, peker på lange og kompliserte reiser for kystbefolkningen i tillegg til at de peker på tidligere utredninger som angir at det ikke er bæreevne for et nytt sykehus på jomfruelig mark. De totalt syv kommunene som

peker på Sandnessjøen som lokalisering utgjør ca. 46.000 av befolkningsunderlaget på Helgeland.

- Helgelandssykehuset har mottatt en meningsmåling fra Opinion, bestilt av en ikke forespurt innspillspart. Det registreres at spørreundersøkelsen fra Opinion viser en stor spredning hos befolkningen vedrørende preferanse av tomter. I alle aldersgrupper er det større oppslutning om et sykehus lokalisert i Sandnessjøen (43-50 %), Leirfjord (17-33 %). Blant de unge i aldersgruppen under 30 år svarer 44 % Sandnessjøen, 17 % Tovåsen og 21 % ingen av delene/annen løsning. Det er befolkningen i kommunene Leirfjord, Vefsn, Hattfjelldal og Grane som gjennom spørreundersøkelsen peker på Tovåsen som lokalisering.
- Det er mottatt 10 innspill fra ansatte, vernetjeneste og tillitsvalgte med hovedvekt på ansatte fra enheten i Mosjøen. Flere ansattrepresentanter går igjen i flere av innspillene. Innspillene omfatter vektning av kriteriene, tilgjengelighet for pasienter, samt bekymring for ulempene i byggeperioden dersom eksisterende sykehus blir valgt som alternativ. Flere av innspillene peker på en lokalisering i Tovåsen som det beste alternativet og at tomt 17 i Tovåsen bør være med i videre prosess – dette av hensyn til styrking av eksisterende fagmiljø, interimperioden og rekruttering. Det er også mottatt innspill fra de ansatte som støtter de faglige utredningene, og peker på en lokalisering/tomt som ivaretar foretakets økonomiske bæreevne i videre prosess. Innspill som går utover tomteutredningens mandat er tatt til orientering.

Sammenheng mellom økonomisk bæreevne, FSU og tomt:

Det er en klar sammenheng mellom valg av tomt, økonomi og FSU. Ved valg av tomt som det ikke er bæreevne for, vil dette påvirke de muligheter som er beskrevet i FSU. Dersom alle midler går til bygg, vil det være mindre handlingsrom for faglig utvikling. Og dersom alle midler går til bygg på en lokasjon – vil dette redusere mulighet for tiltak på øvrige lokasjoner.

Anbefaling av hvilke tomter som inngår i konseptfasen steg 1:

Tomteutredninger er tydelig i sin konklusjon. Det er fem tomter som er anbefalt etter finsiling. Alle disse fem tomtene ligger i Sandnessjøen sentrum og har høy måloppnåelse. Av disse fem tomtene rangeres dagens sykehustomt (1) og Rishatten (7) høyest.

Tomteutredningens konklusjon er sammenfallende med tidligere utredninger som er gjort i perioden 2017-2019.

Foreløpige analyser av økonomisk bæreevne viser at det ikke er bæreevne for et nybyggsalternativ på jomfruelig mark for sykehuset i Sandnessjøen og omegn. Prosjektets mandat omfatter tiltak på alle lokasjoner innenfor foretaket. Prosjektets resultatmål for konseptfasen sidestiller kvalitet og kostnad, det skal leveres det beste konseptet for ETT Helgelandssykehus innenfor foretakets økonomiske bæreevne. Det bør derfor gis rom for tiltak ved alle foretakets lokasjoner innenfor foretakets bæreevne. Det anbefales derfor en

videre utredning av tomt som samsvarer med tomteutredningens konklusjoner og oppdaterte analyser av økonomisk bæreevne:

For konseptfasens steg 1 anbefales at det legges til grunn utredning av to alternative løsningskonsepter for ombygging/tilbygg av sykehuset i Sandnessjøen (tomt 1) i tillegg til Rishatten i Sandnessjøen (tomt 7) og referansealternativet 0+. I tillegg skal det gjøres vurdering av alternative løsningskonsepter i Mo i Rana og Mosjøen.

Rishatten i Sandnessjøen er det best kvalifiserte og billigste nybyggsalternativet. En vurdering av dette nybyggsalternativet gir bedre grunnlag for sammenlikning med de øvrige løsningsalternativene på eksisterende sykehustomt og en kvalitetssikring av foreløpige økonomiske analyser. Alle øvrige tomtealternativer for nybygg vil gi lavere måloppnåelse, høyere investeringskostnad og lavere bæreevne enn Rishatten tomt 7.

Vurderinger rundt Tovåsen

Det er stor offentlig interesse rundt tomtene i Tovåsen, og dette alternativet trekkes også fram av deler av fagmiljøet i Helgelandssykehuset som det beste alternativet med tanke på rekruttering og fagmiljøet i Mosjøen.

I styresak 104-2016 Helse Nord RHF (22.9.2016) ble det vedtatt at en eventuell lokalisering av sykehuset til Leirfjord eller Hemnes kommune må begrunnes særskilt da en lokalisering her fraviker statlige retningslinjer. Styret ba om at statlige planretningslinjer må sees i en helhet sammen med sykehusfaglige utredninger.

Siden Helse Nord sitt vedtak i 2016 er det gjennomført fem utredninger, inkludert Sweco sin rapport, der alle konkluderer med det samme - det er ikke klart å dokumentere at det finnes særskilte sykehusfaglige grunner til å fravike statlige og fylkeskommunale retningslinjer for å velge Leirfjord kommune med Tovåsen som tomt.

Disse utredningene er:

1. Cowi og WSP (2017) – anbefaling om utredningsalternativ
2. Rapport ekstern ressursgruppe (mars 2019)
3. Menon Economics, samfunnsanalyse (oktober 2019)
4. Alstahaug og Leirfjord kommune, Multiconsult (2019) – siling av tomter for nytt sykehus i Alstahaug og Leirfjord.
5. Sweco Norge AS, Tomteutredning for nytt sykehus i Sandnessjøen og omegn (juni 2021)

Rapport nr. 4 var en bestilling til Multiconsult fra Alstahaug og Leirfjord kommune. Av de åtte tomtene som da ble vurdert er tre tomter i Sandnessjøen sentrum rangert høyest. En tomt i Tovåsen ble rangert som den fjerde beste.

Med bakgrunn i Sewcos tomteutredning og disse andre utredningene, kan det ikke gis en begrunnelse for å velge en tomt i Tovåsen. Tomtene her er ikke vurdert som egnet da de har både planfaglig og sykehusfaglig lav måloppnåelse.

Tomteutredningen viser at Tovåsen har lav måloppnåelse på sykehusfaglige må-kriterier som igjen er vektet høyt av hensyn til liv og helse. Dette omfatter tilgjengelighet for ambulanse- og redningshelikopter, nærhet til nærmeste flyplass (Stokka) for ambulansedy og nødvendig teknisk infrastruktur. Deler av dette kan ikke løses med økte bevilgninger. I tillegg viser

tomteutredningen at Tovåsen har lavere måloppnåelse innenfor byutvikling, arbeidsplass og rekruttering, nærhet til samarbeidspartnere og kapasitet for andre aktører, brannberedskap, sårbarhet ved stenging av Helgelandsbrua, klimafotavtrykk på grunn av høy bilavhengighet, grunnforhold m.m. Tomtene har ellers høy måloppnåelse på må-kriteriet for tilgjengelighet for pasienter og pårørende, på linje med de andre tomtealternativene (prosjekt- og sykehusfaglig).

Vurderinger knyttet til rekruttering

Tomterapporten gir tomtene i Tovåsen lavere måloppnåelse på kriteriet arbeidsplass og rekruttering. Tovåsen har den fordelen at sykehuset kan nås både fra både bo- og arbeidsmarkedsregionen Vefsn og Alstahaug innenfor 45 minutter. Det som trekker noe ned måloppnåelsen på dette kriteriet er at kort reisevei er gitt størst vekt i vurderingen, fordi det er ansett å være mer attraktivt for en arbeidsplass. Svært få vil få kort reisevei til Tovåsen sammenlignet med tomtene i Sandnessjøen.

Nordland fylkeskommune peker på viktigheten av å styrke regionsentrene for å legge til rette for et bærekraftig Helgeland. En plassering av sykehuset i Tovåsen vil bety at to av fire regionsentre (Mosjøen og Sandnessjøen) på Helgeland mister sitt sykehus. Dette er et grep som vil kunne svekke regionen som helhet, og det vil være et kortsiktig tiltak. De langsiktige samfunnsmessige konsekvensene av en slik beslutning er ikke vurdert.. Nordland fylkeskommune peker også på at konsekvenser for samferdsel og kollektivt ikke er utredet – en lokalisering av tomt i Tovåsen kan gi økte kostnader på fylkeskommunalt vegnett og tiltak innenfor kollektivtransport. Menon Economics i sin samfunnsanalyse viser at Sandnessjøen vil være mest sårbar for strukturendringer.

I vurdering av framtidig rekruttering finnes det ikke eksakte svar på hvordan dette blir i framtidens sykehusstruktur, det må legges til rette for at både lokalisering av sykehuset og det faglige innholdet i seg selv er interessant og bidrar til rekruttering. Flere av innspillene i tomteutredningen angir at et sykehus lagt til Tovåsen – midt imellom byene – rekrutterer best. Dette både av hensyn til å nå flere mulige ansatte over et større geografisk område samt ta vare på fagmiljøene fra begge sykehusene i Mosjøen og Sandnessjøen. Dette er det vanskelig å finne dokumentasjon på. I motsetning peker forskning, rikspolitiske retningslinjer, tidligere utredninger og erfaring fra andre sykehusprosjekter på at et sykehus lokalisert i by rekrutterer folk til seg – et sykehus i seg selv er ikke stort nok til å lage en by.

I tomteutredningen er det vist til tidligere spørreundersøkelser blant de ansatte i Helgelandssykehuset og forskning på området. Tomteutredningen legger til grunn at framtidens ansatte ønsker å bo sentralt med en sosial infrastruktur i umiddelbar nærhet for partner og familie, der kort arbeidsreise i hverdagen prioriteres.

Nord universitet gir også innspill på forskning som underbygger at høyt utdannede folk ved valg av bosted legger til grunn tilgang til variert jobbmarked, korte og effektive jobbreiser, et variert tilbud av gode boliger og boområder, urbanitet/tjenestetilbud/fritidstilbud, og god tilgang til grønt- og friområder.

De berørte kommunene på Sør-Helgeland peker på muligheten for å favne en større bo- og arbeidsmarkedsregion. Dette er ønskelig, men krever noen strukturelle grep utover lokalisering av sykehus. Tall fra SSB viser at dagens praksis i regionen ikke kan defineres som en felles bo- og arbeidsmarkedsregion da innpendlingen til senterkommunen er for lav. Tall

fra SSB viser derimot at for ansatte i Helgelandssykehuset er 61 % av de som jobber ved Helgelandssykehuset HF i Alstahaug, også bosatt i Alstahaug kommune. 8 % pendler inn fra Leirfjord, 6 % fra Vefsn, 5 % fra Rana og 21 % fra andre kommuner. Dette viser at et sykehus som ligger i Sandnessjøen, har evne til å tiltrekke seg en del ansatte fra andre kommuner, inkludert Vefsn. I motsatt retning er det klart mindre pendling. 89 % av de som jobber i Helgelandssykehuset i Vefsn kommune er også bosatt i denne kommunen. Det samme gjelder for Helgelandssykehuset i Rana. 89 % av de ansatte som jobber i Helgelandssykehuset her bor også i Rana kommune. Dette er klart høyere enn de 61 % vi finner for Alstahaug kommune. Disse tallene må sees i sammenheng med dagens sykehusstruktur og funksjonsfordeling.

I forhold til reisevei, rekruttering og tilgjengelighet bør dette sees i sammenheng med antall ansatte per enhet som får endret reisevei ved lokalisering av sykehuset. Det vil være langt flere som får endret reisevei fra Sandnessjøen enn fra Mosjøen dersom sykehuset legges i Tovåsen. Sykehuset i Sandnessjøen har i dag i 385 ansatte i somatikken, Mosjøen har 207. Dersom det etableres et poliklinisk tilbud i Mosjøen som dekker ca. 50 % av dagens polikliniske virksomhet vil titalls ansatte fortsatt ha sitt daglige arbeid i Mosjøen. De nærmere 100 ansatte innen psykisk helsevern i Mosjøen skal fortsatt ha sitt arbeidssted der, og det sterke fagmiljøet som er bygd opp i Mosjøen vil være et viktig satsingsområde også i den nye strukturen.

Samfunnsanalysen peker på at i løpet av en 10-årsperiode forventes å være en relativt stor andel av dagens ansatte som slutter pga. naturlig avgang, nyrekrutterte vil bosette seg nært sykehuset, og pendling vil avta over tid.

Videre prosess

I henhold til veileder for tidligfasen er det en forutsetning at valg om ny struktur og lokalisering skal være gjort før man går inn i konseptfasen. Det er så mye som skiller de to områdene Sandnessjøen og Tovåsen/Leirfjord, at det i realiteten fortsatt handler mer om lokalisering enn tomt. Å gå inn i konseptfasen med uavklart lokalisering vil påvirke videre prosess med tanke på kvalitet, kostnader og tid. Skulle dette bli en realitet må Helgelandssykehuset få komme tilbake til de direkte konsekvensene av et slikt vedtak.

Det er gjort en rekke utredninger, der alle har gitt samme svar og nye utredninger vil sannsynligvis ikke gi nye svar. Nordland fylkeskommune har bedt om å få saken forelagt på nytt for nye planfaglige vurderinger dersom Tovåsen velges – fylkeskommunen har innsigelsesmulighet på avvik fra fylkeskommunens arealpolitiske retningslinjer. En lokalisering i Tovåsen kan gi mulighet for innsigelse og det kan komme krav om regionale vurderinger av samfunnskonsekvenser og samferdsel. I tillegg bør lokale vurderinger rundt akuttberedskap, brannberedskap, teknisk infrastruktur og grunnforhold utredes videre. Disse utredningene av lokaliserings- og tomteforhold vil måtte komme i tillegg til vurdering av hvordan virksomhetens behov gjennom et hovedprogram kan løses på den aktuelle tomten.

Mer detaljerte utredninger vil gi mer nøyaktig svar rundt nødvendige tiltak og kostnader. I innspillsrunden er det spilt inn nye forhold som for eksempel tiltak på fylkesveg, kollektivt og oppgradering av brannredskapen i Leirfjord kommune. Dette er forhold som det tidligere ikke er tatt hensyn til i de økonomiske vurderingene og som kan redusere bæreevnen ytterligere for alternativet Tovåsen.

Oppsummering

Basert på foretakets bæreevne og behovet for et mulighetsrom for både utvikling innenfor bygg og fag, anbefaler AD at eksisterende sykehustomt (1) og Rishatten (7) legges til grunn for videre vurdering i konseptfasens steg 1.

Mo i Rana, 18.06.2021

Hulda Gunnlaugsdottir

Adm. direktør

Vedlegg:

1. Byggekostnader Nye HSYK
2. Bæreevneanalyse Nye HSYK
3. Faglig strategisk utviklingsplan
4. Tomteutredning v. 1
5. Tomteutredning – innspillsnotat
6. Vedlegg til innspillsnotatet
7. Protokoll fra drøftingsmøte med FTV 23.06.21