

Fra: jan-k-g@online.no (jan-k-g@online.no)

Sendt: 07.06.2020 23:17:50

Til: Postmottak Helgelandssykehuset (postmottak@helgelandssykehuset.no)

Kopi: sveineirik68@gmail.com

Emne: Helgelandssykehuset (HSYK), HVA NÅ?

Vedlegg: 2020.06.03 HSYK brev til adm dir Cecilie Daae Helse Nord Styre HelseNord.pdf

Hei

På vegne av Facebook gruppa «Ja til Ett sykehus midt på Helgeland», kommer brev til direktører og styrer i Helse Nord og Helgelandssykehuset.

Kopi er gått ut til media.

Bekreftelse på mottak ønskes pr. e-post.

Vedlegg 1

Med Vennlig Hilsen

Jan-Kjetil Grøftrem

E-post: jan-k-g@online.no

Mobil: 917 73 316

Mobil Jobb: 992 82094

Hellfjellvegen 266.

8664 Mosjøen

**For Facebook Gruppen
Ja til ETTsykehusmodellen midt på Helgeland**

«NYTT SYKEHUS - NYTT HELGELAND»



Brev til:

Adm.dir. Cecilie Daae Helse Nord

Styre/Styreleder V/ Renate Larsen Helse Nord

Adm.dir. Hulda Gunnlaugsdóttir HSYK

Styre/Styreleder V/ Arne Benjaminsen HSYK

Media

Forsmo 05.06.2020

Helgelandssykehuset (HSYK), HVA NÅ?

Vi føler nå at vår selvpålagte Koronapause kan avvikles, vi ser i dag at Helse Nord og Helgelands Sykehuset pr. tiden har den kontroll over Korona situasjonen som man kan ha, det er gledelig, og fokus kan nå rettes mot nytt sykehusbygg på aksene Mosjøen- Sandnessjøen.

Det har gått over fire måneder siden Høies vedtak mht. ny struktur på Helgeland. Kun FRP var tydelige mht. modellvalg, noe som vi «ettsykehusfolk» bør merke oss og ha med oss videre mot stortingsvalget 2021.

På kort sikt vet vi at vi ikke får ETT stort akuttssykehus. TO likeverdige store akuttssykehus får vi ikke, det ble klart under avstemningen i Stortinget i fjor høst. Det vi vet vi får i modellen er en videreføring av dagens DPS struktur mht. psykiatri og rus.

Slik det ser ut nå får vi en bastardmodell av et sykehus som ikke er anbefalt hverken faglig, økonomisk, eller av flertallet lokalpolitisk på Helgeland. Dette ble mulig pga. prestisje ble blandet med regional og sentral politikk, plutselig var det føringen i saken. Antall arbeidsplasser for noen av byene ble viktig, Sandnessjøen sentrum mister kanskje også sitt sykehus, kommunen får uansett fortsatt sine skatte kroner fra sine ansatte, selv om sykehuset blir plassert på aksene. Sykehus er fritatt for eiendomsskatt uansett hvor det plasseres, dermed skaper ikke det inntekt til noen av kommunene. Partipolitiske posisjoneringer og stortingsmakt ble viktigere enn hensynet til pasientbehandling, pårørende, faglige vurderinger, rekruttering, ansatte og økonomiske realiteter, noe vi er de første til å beklage.

Det kan syns som vi får en modell hvor det skal være «ETT akuttssykehus på to lokasjoner». Hovedsykehuset skal være sør for Korgfjellet, uten at det er nærmere definert hva som gjør dette til et hoved sykehus, med unntak av at ledelsen sitter der.

Definisjonen "stort akuttssykehus" har forsvunnet fra Helgeland med hva det innebærer, i dag er våre tre sykehus sammen ETT stort akuttssykehus, hva gjelde innhold og tjenester. Vi er nå forespeilet TO "akuttssykehus", som egentlig er «ETT akuttssykehus på TO lokasjoner»? Det vi i klartekst kan si er at de to nye sykehusene innholdsmessig til sammen blir det sykehuset vi i dag har i Mosjøen (MSJ), riktignok med litt innhold utover det, men ikke mye etter det vi kan se.

Dagens funksjonsfordelte "store akuttssykehus" modellen mellom Sandnessjøen (SSJ) og Mo I Rana (MIR) er borte i den nye modellen. Bodø er det nye «store akuttssykehuset» vi skal få tjenester fra, dette kan muligens fungere så lenge pasientene ikke går lei, og velger få sine tjenester hos Helse Midt i stedet.

Hva som inngår i «ledelse» på hoved sykehuset er heller ikke avklart, så vi er i det hele tatt ikke kommet så mye lengre fire måneder etter vedtaket.

I tillegg vil vi kunne få inntil to Distrikts Medisinske Senter (DMS). Konsekvensen av dette er at sykehusfunksjoner skal fordeles mellom MIR i nåværende bygningsmasse og ett nytt sykehus lokalisert i SSJ og Omegn.

Omegn er ikke definert selv om mange i brev og avisinnlegg prøver å skape et inntrykk av det motsatte. **Denne funksjonsfordelingen medfører igjen at vi pasienter på Helgeland fortsetter «pakketilværelsen» om vi har diffuse eller komplekse problemstillinger, og liv vil gå tapt som en konsekvens av dette, ref. statistisk liv, utredet tidligere.**

I konseptfasen skal alt avgjøres mht. innhold og lokalisering. Vi får også konklusjonen om hva som menes med omegn. Det vi vet sikkert fra helseminister Høie og Helse Nord er at ikke bare Alstahaug er aktuell som fremtidig lokalisering kommune for hoved sykehuset. Likedan blir størrelsen og innholdet i ett DMS i Mosjøen avklart da. Jo lengre unna Mosjøen sykehuset lokaliseres, jo større DMS i Mosjøen.

Vi minner på at Kristiansund, som får Norges største DMS, kun ligger **46 km** unna det nye store akutt sykehuset på Hjelset. Vi stoler på at politikerne i Vefsn-regionen og Midtre Helgeland bruker dette fullt ut om noen skulle foreslå en lokalisering på Alstenøya. Da blir sykehuset **65 km** unna Mosjøen og størrelsen både på det nye sykehuset og DMS i Mosjøen deretter. Dette er viktige spørsmål som går på bærekrafta til det «nye» foretaket. I tillegg er det avklart at Brønnøysund (BRS) får et DMS som skal ta en betydelig del av det nåværende SSJ sykehus sitt pasientområde. Dette vil altså si at i verste fall vil vi få ett sykehus i SSJ by for 12.000 pasienter, med akuttfunksjoner for drøyt 40.000, om det ikke dreier seg om ortopedi da. Da skal pasientene fraktes helt opp til MIR fra hele Helgeland!

Om omegnsbegrepet hadde vært avklart så ville Helse Nord allerede flyttet hovedkontoret til Sandnessjøen. Det Helse Nord derimot sier er at flyttingen av hovedkontoret må utsettes i påvente av at lokaliseringsspørsmålet er avgjort. Dette følger av eget styrevedtak i Helse Nord.

Helse Nord vet ennå ikke hvor stedet blir og vil følgelig avvente med å avklare dette. Dette kalles å skaffe seg handlingsrom. Vi har forståelse for at Helse Nord ikke vil definere dette nærmere så lenge konseptfasen ennå ikke er kommet i gang.

Det er vel nettopp disse konseptfase utredningene som vil gjøre at definisjonen av omegn blir åpenbar, selv om en nærmere definisjon allerede nå ville medført betydelig mindre støy fra enkelte. Høie sa at omkringliggende kommuner måtte spille inn aktuelle tomtealternativer og vi tar det for gitt at Vefsn, Grane og Hattfjelldal formelt spiller inn Nyland ved Holandsvika som alternativ når dette så klart etterspørres. Innspill om Nyland ble også gjort av ordførerne i Grane og Hattfjelldal i Helgelendingen den 29.01.2020, tomtevalget er dermed spilt inn i det offentlige rom fra to av kommunene allerede.

Dette burde være uproblematisk i 12-samarbeidet mellom kommunene, siden dette ligger på den vedtatte aksen Mosjøen-Sandnessjøen som samarbeidet ble tuftet på.

Vi velger å forholde oss til vedtaket som om Nyland i tillegg til Tovåsen er en aktuell lokalisering, så får Helse Nord si om dette er en mulighet etter hvert som alle sider er belyst i konseptfasen.

Rett etter at vedtaket om Sandnessjøen og Omegn var en realitet, ga Rana Blad mye spalteplass til sine journalister, politikere, og til leserinnlegg som blant annet beskrev ganske korrekt at Helgelandsbrua var ett av to kritiske kommunikasjons hindre på Helgeland.

Dette momentet forsvant ganske raskt, hvorfor? Fordi Rana ønsker Sandnessjøen by som «base». Årsaken er åpenbar! For Rana vil en lokalisering av det nye hoved sykehuset på Alstenøya, være en garantist for ett langt liv for ett (lite) sykehus på MIR.

For en Ranværing vil avstanden til sykehuset i Bodø (BØ) være marginal lengre enn SSJ i reisetid, og drømmen om etter hvert ETT stort Helgelandssykehus vil da kunne forsvinne. Likedan vil MIR ha større pasientgrunnlag enn SSJ, med DMS i BRS og MSJ, kvantiteten vil medføre at mange fra Vefsn regionen vil kunne søke seg til Rana, det er også naturlig. Dette skjer allerede i dag, hvor kirurgiske akutt-tilfeller nord for Fustvatnet i Vefsn, sendes til MIR.

Det blir derfor kritisk viktig at det nye hoved sykehuset sør for Korgfjellet blir lokalisert slik at pasientene i Vefsn-regionen og Midt Helgeland vil foretrekke å benytte dette, og da må det lokaliseres på Nyland eller Tovåsen. Likedan vil muligens behov for DMS i Mosjøen da kunne forsvinne.

Det er to hovedmomenter som må vurderes når man skal se på størrelsen av det nye hoved sykehusbygget på aksene MMS-SSJ sør for Korgfjellet. Dette sykehuset blir den økonomiske bærekraften og egenkapitalandelen i foretaket.

For å ta det siste først. HSYK hadde pr 31.12.2019 en egenkapital på 870 millioner. Underskuddene de første fire månedene 2020 før Korona justering er på over 40. mill. ETT sykehus gruppa fikk så sent som i møte 3. juni 2019 forsikringer fra Hulda Gunnlaugsdóttir at å greie egenkapital kravet for nybygg hadde prioritet. På dette prosjektet (nytt HSYK) er det ett krav at egenkapitalandelen ikke kan komme under 20 %. Vi vet også at bygningsmassen MIR skal benyttes og til dels moderniseres. Vi vil også kunne se at ett DMS i MSJ stikker av med betydelige investeringsmidler om man velger en lokalisering for nær Sandnessjøen, jamført DMS i Kristiansund. Dette vil legge beslag på noe av handlingsrommet. Hvis man i tillegg får store nedskrivninger i bygningsmassen i MSJ og SSJ vil vi komme i en situasjon hvor investeringen blir begrenset eller stoppet, siden egenkapitalandelen er for lav.

Dette er en meget aktuell situasjon og vi ser bl.a. i avisoppslag at det spekuleres i hvorvidt sykehuset i Lillehammer driver med store underskudd, som en fordekt sykehuskamp. Vi ber Helse Nord ved adm.dir. Cecilie Daae være spesielt oppmerksom fremover på det, overfor administrasjon i HSYK.

Det andre momentet er bærekraften i selve prosjektet. Det er vi betydelig mindre bekymret for, siden Helse Nord nylig vedtok ett prosjekt i Narvik for ca. 30.000 innbyggere til 2,679 milliarder. Ett nytt sykehus på Helgeland, som skal betjene over 40.000 mennesker sør for Korgfjellet bør derfor ha en investeringsramme på godt over 3,0 MRD isolert sett.

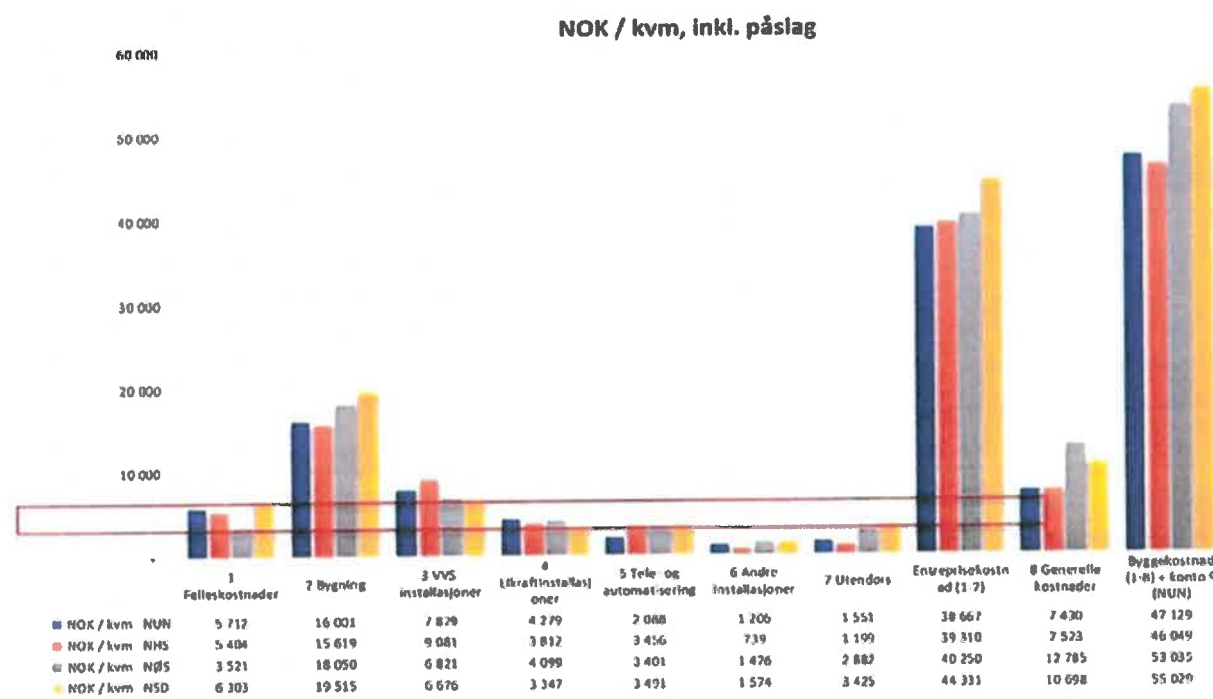
I saksfremlegget til Helse Nord pekes det på flere faktorer som vil kunne påvirke prosjektet. En av disse er renten. Vi har over lengre tid i våre innspill til utredninger i HSYK tatt til orde for at kalkulasjonsrenten i prosjektet må justeres. HSYK/Helse Nord benytter 3,5 %, noe som vil medføre at bærekraften blir vesentlig svakere. Basisrenta, som helseforetakene må betale for lån er p. d. så lav som 1,8 % på løpende lån. Denne vil etter de siste Korona endringene kunne bli så lav som 1,2 %. Differansen mellom kalkulasjonsrenta og basisrenta er derfor hele 2,3 %. På en investering på 3 MRD. vil dette utgjøre så mye som 69 mill. i året, eller 1,38 MRD i bærekraft. Ser vi dette i sammenheng med ytterligere reduserte kostnader som oppstår med ett rett plassert nytt hoved sykehus på Nyland, øker handlingsrommet enda mer. Binder man renta i 10 år får man så lave innlån som 1,67 %.

I en slik situasjon blir det meningsløst å benytte 3,5 %.

Økt bærekraft for HSYK gjør at ønskene til Verdens Helse Organisasjon, World Health Organization (WHO) kan hensyntas, de ønsker at nye sykehusbygg skal dimensjoneres med 25% overkapasitet for å være rustet til fremtidige Pandemier, norske utredninger hevder det samme (DSB med flere).

En annen interessant faktor i vedtaket mht. Nye Narvik Sykehus er det at det benyttes en pris på kr; 47.129 pr m². Dette er muligens ikke 100% fullstendig og det opplyses om noen mindre forhold som ikke er medtatt i kalkylene i styresaken. Man ser likevel i tabellen under, at forholdsvis mange faktorer som man forventer å finne i ett nybygg er medtatt. Det kan for ordens skyld opplyses at HSYK benyttet opp mot 100.000 kr m² i sine kalkyler.

Sammenlikning av utbyggingskostnader i kroner/m² viser at NUN ligger marginalt høyere enn nye Hammerfest sykehus (NHS), og ca. 13 % lavere enn gjennomsnittet av nytt sykehus i henholdsvis Østfold og Drammen, ref. tabell 3:



Tabell 3 – sammenlikning utbyggingskostnader

Vi har forventning om at slike forhold rettes opp i konseptfasen. Vi må ha en analyse som lukker slike grove avvik mellom virkelige forhold og kalkyle. Vi mener at det nye sykehuset som skal bygges sør for Korgfjellet, lokaliseres slik at man kan nyttiggjøre seg Jernbane, buss og båt som transportåre for størsteparten av pasientgrunnet. Siden dette gjør store utslag på pasient reisekostnader for foretaket.

Vi må huske på at en av konkurrentene til det nye sykehuset vil være sykehus langs jernbanen, og det vil oppfattes som betydelig billigere og enklere for pasienter og pårørende å sette seg på tog fra f.eks. Mo stasjon til «stort akutt sykehus» i Bodø, enn alternativet med tog til Drevvatn og buss til hovedsykehus i Sandnessjøen, evt. buss hele veien. Det samme vil gjelde for pasienter sør for Korgfjellet som vil føle det som enklere å bruke Levanger utenfor Helse Nord som sitt «store akutt sykehus».

Et viktig argument i lokaliseringen av det nye bygget, vil være lokalsamfunnets mulighet til å «ta opp» nye arbeidstakere. Vi vet at en plassering på Alstenøya vil være ugunstig med tanke på å skaffe tilveie partnerarbeidsplasser. Bare 60 % av de som jobber på sykehuset i dag, bor i Alstahaug Kommune og dette tilsier at kommunen allerede nå har «voksesmerter».

Alstahaug Kommune har 768 statlige arbeidsplasser eller ca. 20,5 % av alle arbeidsplasser i kommunen, Vefsn har 680 arbeidsplasser eller ca. 10,1 %. Det sier seg selv at Vefsn's mulighet til å skaffe partnerarbeidsplasser er betydelig større enn Alstahaug. Om man i tillegg klarer å definere «omegn» så smart at man får med arbeidsmarkedet i Vefsn, Hemnes og Leirfjord, så vil andel arbeidsplasser kommunal og i privat sektor øke fra 2.984 i Alstahaug til 10.955 i de nevnte kommunene. (se SSB 11653). Dette vil være en viktig suksessfaktor for å kunne skaffe partnerarbeidsplasser til sykehusansatte og dermed stabil arbeidskraft.

I første omgang ble ettsykehusdrømmen knust, men vi kommer til å arbeide for at, det nye sykehuset som bygges i omegn, om mulig skal kunne utvikles til å bli, det ene store akutt sykehuset som Helgeland fortjener og trenger innen 10 år, plassert i kommunikasjonsnavet Nyland. Lykkes vi ikke med å få en «spiselig» lokalisering bør våre folkevalgte i Grane, Hattfjelldal og Vefsn seriøst vurdere å følge Bjørn Larsen (Leder Mosjøen-Næringsforening og Lokallagsleder Vefsn FRP) oppfordring om å flytte regiontilknytning til Helse Midt/ Trøndelag, jfr. oppslag i Helgelandingen 22. desember 2019.

For Midtre Helgeland og Søndre Helgeland må fallhøyden snart være tatt ut.

Vefsn regionen har over flere år vært stemoderlig behandlet og mistet mange statlige arbeidsplasser, noe som også vises i statistikken.

Fortsetter denne tendensen på Helgeland innenfor helsetjenester kan vi i det minste få tilgang til kortere reiser til gode spesialist helsetjenester på Levanger og region helsetjenester på ST. Olav, og med det være fornøyd med en fylkesadministrasjon på Steinkjer.

For Facebook gruppa


Svein Eirik Forsmo

For Facebook gruppa


Jan-Kjetil Grøftrem

«NYTT SYKEHUS - NYTT HELGELAND»

