

Helgelandssykehuset HF
Att: Administrerende direktør Hulda Gunnlaugsdóttir
Att: Styret i Helgelandssykehuset ved styreleder Dag Hårstad

David Jakobsen
Helgelandssykehuset Sandnessjøen
Prestmarkveien 1
8801 Sandnessjøen

Jeg er tillitsvalgt for NITO ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen. Det er vesentlig at man har en prosess som er god, som frembringer korrekte og nødvendige data, og at man tar avgjørelser basert på de riktige forutsetninger. Jeg bruker herved min rett som tillitsvalgt og ber administrerende direktør og styret i Helgelandssykehuset å redegjøre for følgende i forhold til prosessen Helgelandssykehuset 2025:

TRAUMEPASIENTEN

Hittil har utredningen i stor grad dreid seg om de ansatte og hvordan man skal tilrettelegge for rekruttering av ansatte, og trivsel for de ansatte på fritiden. Det er bra og vel at man i prosessen har fokus på de ansatte, og jeg skulle ønsket at arbeidsgiver under andre omstendigheter også hadde et slikt engasjement og fokus for de ansattes ve og vel. Likevel savner jeg et helhetlig fokus på fremtidens pasienter. Én pasientgruppe som ikke har fått noen særlig plass i utredningen er de pasientene der tiden til sykehus potensielt har stor betydning for utfallet, nemlig traumepasientene. Dette er pasienter der fremtidig struktur, plassering av fremtidens sykehus og ikke minst avstand til sykehus, vil kunne bety forskjell på liv og død. Denne pasientgruppen har følgelig ikke samme mulighet mht. valg av sykehus som elektive pasienter har, og er avhengig av at administrasjonen og styret i Helgelandssykehuset utfører sine oppgaver på en slik måte at man får en best mulig utredning i HSYK2025 også for denne pasientgruppen.

I rapporten "Organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem" datert 9. oktober 2007 poengteres det at ut ifra et traume- og pasientsynspunkt tar man ikke med traumebehandlingen som en del av beslutningsgrunnlaget i prosesser der man ønsker mer slagkraftige enheter med større volum og økt kvalitet. I samme rapport påpekes det at man ikke har funnet entydige sammenhenger mellom pasientvolum og behandlingskvalitet i forbindelse med traumepasienter, og at man heller ikke har funnet noen sammenheng mellom pasientvolum og overlevelse. Dog påpekes det at man også vedrørende volum og kvalitet også ved mindre sykehus kan gi adekvat traumebehandling dersom man har en systematisert skadebehandling samt at man har øremerkede midler som brukes til oppfølging og systematisk opplæring.

I nasjonalt traumeregister ble det for Helgelandssykehuset Sandnessjøen registrert 70 traumepasienter og for Helgelandssykehuset Mo i Rana registrert 43 traumepasienter i 2017. Det påpekes at det kan være underrapportering da man er i en prosess med å etablere bedre innrapporteringssystemer, slik at det reelle tallet kan være høyere enn det som er presentert i rapporten fra traumeregisteret. For 2016 og 2017 ble på landsbasis om lag 49 % av traumepasientene

skadd i forbindelse med transport (ca 74 % av disse i bil, motorsykkel og moped, og ca 18 % på sykkel), nær 38 % i fallulykker, ca 22 % i sports- og fritidsulykker og i overkant av 5 % i relatert til vold. Arbeidsulykkene stod i 2016 og 2017 for 6 % av traumene. De fleste som var alvorlig skadde var i forbindelse med skader forårsaket i bilulykker.

Andelen menn var høyest og det var også høyest skadeprevalens i aldersgruppen 16-22 år både hos kvinner og menn. Gjennomsnittsalderen for kvinner var 42 år og for menn 41 år, og alderen varierte fra 0 – 101 år. Det var også et høyere antall traumer på lørdager og søndager enn resten av ukedagene, noe som evt. vil kunne ha noe å si for bemanningsplanlegging i helgene.

For Helgelandssykehuset var andel skadde klassifisert med NISS>15 på 19,5 % og andel skadde klassifisert med ISS>15 var på 10,2 %. 30 dagers mortalitet for alvorlig skadde pasienter var for Helgelandssykehuset 4,3 % mens det for hele landet var 2,9 %. Det presiseres at faktorer som førstehjelp på stedet, avstand fra ulykkessted til sykehus, prehospitale ressurser, kompetanse, pasientenes tilstand når helsepersonell starter behandling, pasientenes generelle tilstand og alder også er viktige for hvordan mortaliteten vil utarte seg. 30 dagers mortalitet for alvorlig skadde pasienter på Helgeland med ISS>15 var 41,7 % mens det for hele landet var 14,8 %. Det presiseres at det er få pasienter i Helse Nord og at man derfor ville kunne få store prosentvise utslag.

Ifølge nasjonalt traumeregister ble på landsbasis 78 % av traumepasientene fraktet med bilambulans og 12 % fraktet med luftambulans. Et vesentlig moment er at man på Helgeland både har store avstander, og samtidig har betydelige utfordringer med å benytte helikopter på vinterstid mellom kyst/innland.

Spørsmålene mine relatert til traumepasienter er dermed følgende:

- 1. Hvordan skal administrerende direktør og styret i Helgelandssykehuset i den videre prosessen sørge for at man i planleggingen av fremtidig sykehusstruktur ivaretar denne svært viktige pasientgruppen (selv om det er et lavt antall av de totale pasientene), da en evt. endring av dagens akuttkirurgiske struktur eller feilplassering av akuttkirurgien vil få alvorlige følger for denne gruppen pasienter?**
- 2. Ved lokalisering av akuttkirurgi kun på Mo i Rana, hvordan skal man kunne sørge for et godt tilbud for akuttpasientene (traumepasientene) på Sør- Helgeland? Tenker da både på at 78 % av traumepasientene på landsbasis i Norge fraktes med bil, samt utfordring med nedising av helikoptre vintermånedene ved flyging mellom kyst/innland på Helgeland. Vil endring av pasientflyten, evt. utbygging av helikopterflåten på Helgeland for å fly disse pasientene til St. Olavs eller NLSH, kunne være aktuelt som avbøtende tiltak?**

PROSESSEN OG HVA SOM SKAL VEKTLIGGES I PROSESSEN

Hadde jeg som offentlig ansatt kjøpt varer eller tjenester for mer enn 1,1 MNOK ville jeg havnet over terskelverdien og det ville blitt stilt betydelig krav til hvordan jeg skulle gjennomført denne innkjøpsprosessen. Hadde verdien vært over 1,3 MNOK ville det også blitt stilt krav til at jeg skulle bruke objektive og etterprøvbare tildelingskriterier som enten var kvalitative, kvantitative eller en blanding av disse to, og som ble laget på en slik måte at de ikke favoriserte en leverandør. Det stilles krav om at disse utvalgskriteriene må lages på forhånd slik at de er kjent for leverandørene og at man i den videre prosessen også konsekvent forholder seg til disse ved vurdering av alternative

leverandører. Dette fører ifølge den norske regjering til forutberegnelighet og så sender man også et tydelig signal til leverandørene hva man i innkjøpsprosessen vil komme til å vektlegge. HSYK 2025 er ikke en innkjøpsprosess, men hittil er det ikke laget noen form for omforente utvalgs-kriterier i HSYK2025, og man vet strengt tatt heller ikke hva som er viktig og må tas med for å kunne få en prosess som har fokus på helheten og der hele Helgeland får en god prosess. Man har per nå en prosess som er basert på et begrenset antall subjektive meninger om hva som må prioriteres.

Utviklingsplanen til Helgelandssykehuset kommer for øvrig med noen overordnede føringer for prosessen man nå er i. Utviklingsplanen har effektmålet at Helgelandssykehuset i perspektivet 2025-2030 skal kunne betjene befolkningen med et tidsmessig spesialisthelsetjenestetilbud.

Utviklingsplanen skal sikre at man bygger på bærende elementer for et fremtidig og moderne tilbud innen spesialisthelsetjenesten med vekt på følgende:

- ***Rask diagnostikk, utredning og behandling med god kvalitet***
- ***Pasientene skal få et tilbud på det nivå de har behov for***
- ***God service – sammenheng mellom informasjon, utredning og behandling, hvor det tas utgangspunkt i den enkelte pasient sine behov.***
- ***Skille øyeblikkelig hjelp og planlagt virksomhet***
- ***Størst mulig grad av planlagt virksomhet***
- ***Tett samarbeid med primær-/kommunehelsetjenestene basert på likeverd og gjensidighet.***
- ***Rekruttere, utdanne og beholde fagfolk***

Mye av utredningen og argumentasjonen har hittil dreid seg hovedsakelig om rekruttering og hvordan ivareta de ansattes fritidstilbud, bostedsmuligheter og feriereising, og ikke så mye om andre vesentlige momenter. Det er sant at et sykehus er avhengig av ansatte, men et sykehus er også avhengig av, og også nettopp til, for pasientene. Det er per nå et veldig stort fokus på tomtevalg for nytt sykehus, og mindre fokus på virksomhetsinnhold og mulighetsrommet man faktisk har. Man har tilsynelatende raskt kommet frem til stedene for alternativ tomtelokaliserings, før vesentlige deler av utredningen er komplett. I lys av at man i HSYK 2025 er i en prosess som omhandler potensielt 5-8 MRD skatte kroner og fremtidens spesialisthelsetjenestetilbud for om lag 80 000 Helgelendinger, ville man forventet at man hadde en betydelig bedre prosess og hadde gjort et betydelig bedre arbeid med å utrede mulighetsrommet i form av virksomhetsinnhold, struktur og samfunnseffekter, og at man hadde omforente og vektete tildelingskriterier slik at man ville få en mer objektiv, etterprøvable og i en mer transparent prosess. Jeg har for øvrig blitt fortalt at administrasjonen ved Tore Bratt har blitt kontaktet mht. å bruke verktøy for å få til en objektiv og etterprøvable vektning, men svaret man fikk da, var at man ikke ville kunne greie å bli enige om hvordan man skulle vekte de forskjellige momentene, og at man derfor ikke ønsket å ta et slikt verktøy i bruk. Dog er HSYK 2025 snakk om en av de største utredningene av offentlig struktur på Helgeland, og man ville forventet at det ville bli lagt betydelig bedre føringer for hvordan utredningen faktisk skal foregå. Det er for øvrig en kjensgjerning at det å lage utvalgs-kriterier ETTER at man har utredet, enkelt vil kunne føre til at man tilpasser utvalgs-kriteriene til å stemme overens med resultatene fra den utredningen man har utført. Hvis man i tillegg kun utreder de momenter man selv mener er viktige, vil resultatet bli deretter, og Helgeland vil få et fremtidig spesialisthelsetjenestetilbud der vesentlige momenter er overlatt til tilfeldighetene.

Et vesentlig poeng for å illustrere prosessen er at det i saksdokumentene henvises til at man nå følger den reviderte tidligfaseveilederen for sykehusprosjekter. Tidligfaseveilederen poengterer veilederen primært omfatter en alternativvurdering av tomtevalg og bygningsmessige konsepter, og at man før dette har måttet vurdere mulighetsrommet tilstrekkelig i form av virksomhetsinnhold, struktur og samfunnseffekter i helseforetakets utviklingsplan. Det betyr strengt tatt at det virksomhetsmessige mulighetsrommet må være ferdig utredet før man kommer inn på temaet tomtevalg.

I Høringsrapporten på planprogrammet (siste revisjon datert 17. januar 2018) fremlegges det på side 13 flere anbefalinger for videre arbeid i prosessen. Blant annet anbefales blant annet at man bør gjennomføre de helsefaglige utredninger FØR vurdering av lokasjon trekkes inn. Det anbefales også at man spesifiserer de ulike utredningstemaene nærmere, og at man beskriver metodikk, evalueringskriterier og vekting FØR utredningsarbeidet settes i gang. Det påpekes at det bør utarbeides en gjennomføringsplan som angir hva som skal utredes når og av hvem, og hvor de helsefaglige utredningene foregår helt eller delvis som grunnlag for de regionale og lokale utredningstemaene. Det presiseres at på side 13 i høringsrapporten at styret vil fremlegge en alternativ gjennomføring som ivaretar høringsinnspillene samt bruker tidligere dokumentasjon for det videre arbeid. Det står på samme side i rapporten at en ekstern ressursgruppe vil brukes og at denne vil vurdere sykehusstruktur og lokasjoner parallelt i det videre arbeidet, noe som strengt tatt er på tvers av høringsinnspillene og anbefalingene i høringsrapporten. Dette betyr at administrasjonen i HSYK da de kom med en anbefaling til styret om å benytte en ressursgruppe uten å hensynta anbefalingene fra høringsrapporten på planprogrammet, og dermed unnlot vesentlige momenter som man konkluderte på bakgrunn av høringen av planprogrammet var viktige for å få til en god prosess. Høringsrapporten ble sist revidert 17. januar 2018, om lag en måneds tid før saken ble presentert for styret, slik at administrasjonen burde ha gode muligheter til å gjøre styret oppmerksomme for den anbefalingen man kom med for videre prosess på bakgrunn av høringsrunden på planprogrammet. At administrasjonen tilsynelatende unnlot å hensynta eller presentere for styret anbefalingene fra høringsrapporten på videre prosess, vil automatisk frembringe en del spørsmål om administrasjonens egentlige hensikter med å ta de valg som ble tatt i fm. etablering av ressursgruppen. Dette da det i saksgrunnlaget strengt tatt ikke ble lagt ned noen som helst føringer for ressursgruppens arbeid, bortsett fra at ressursgruppen skulle anbefale fremtidig struktur og lokalisering for fremtidig sykehusstruktur på Helgeland.

Spørsmålene blir dermed følgende:

3. **Hvordan skal administrerende direktør og styret sørge for at man får med alle momenter prosessen bør eller må omhandle, slik at man ikke tar en avgjørelse før mulighetsrommet og alle momentene er fullt ut gjort rede for?**
4. **Hvordan vil administrerende direktør og styret sørge for at man får en objektiv og etterprøvbart vektning av alternativer, med stort fokus på å ha en god, tillitsfull og transparent prosess?**
5. **Hvordan skal administrerende direktør og styret sørge for at man får omforente tildelingskriterier, som ikke er blitt farget av hittil begrensede utførte utredninger og/eller personlige meninger fra medlemmer i utredningen?**
6. **Er det greit at man ignorerer vesentlige innspill som ville bidratt til å få til en betydelig bedre prosess og med betydelig bedre tillit enn det man opplever i dag?**

7. **Det poengteres i saksgrunnlaget per i dag at man nå er ferdige med de medisinskfaglige utredninger og at det bare er samfunnsanalysen igjen. I styresak 14/2018 ble det poengtert at de helsefaglige kriteriene er viktigst. Jeg ber derfor administrerende direktør og styret å redegjøre for hva som egentlig ligger i begrepet "helsefaglige kriterier", og gjøre seg opp en vurdering om at alle momenter som skal eller bør ligge under dette begrepet, er fullt ut gjort rede for.**

HELHETLIG TANKEGANG, SAMT INVOLVERING AV KOMMUNER I AKUTTBEREDSKAPEN

I prosessen har det hittil vært lite fokus på totalbildet Helgelandssykehuset skal ivareta, dvs. den samfunnsmessige beredskapen Helgelandssykehuset har sammen med andre aktører, som heimevern, kystvakt, forsvar, oljeberedskap, sivilforsvar, direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, beredskap i forbindelse med skipstrafikk, kommunal beredskap, andre sykehus samt andre relevante aktører. Jeg ser nå i styresak 59/2019 at beredskap er foreslått som et tema i samfunnsanalysen som skal utføres, og jeg håper dermed man gjør en god utredning også på dette området.

Det er dog bekymringsverdig at administrasjonen i Helgelandssykehuset i saksgrunnlaget for styresak 59/2019 understreker sykehusbygg sin anbefaling om at kommunenes innspill ikke bør hensyntas, og at man ikke kommer med en konkret anbefaling om at styret etterlever dette innspillet om større kommunal involvering og delaktighet i samfunnsanalysen. En del av samfunnets behov er akuttberedskap, og denne beredskapen vil være viktig når man også vurderer de samfunnsmessige konsekvensene. En endring av spesialisthelsetjenesten på Helgeland vil påvirke kommunene betydelig, og det er viktig å få en best mulig prosess rundt dette arbeidet slik at man får en best mulig utredning.

I tidligfaseveilederen (som det gjentatte ganger er påpekt at man i denne prosessen følger), presiseres det at man skal se denne veilederen i sammenheng med veileder for arbeidet med utviklingsplaner. Det poengteres i veilederen for arbeidet med utviklingsplaner at ivaretagelsen av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, som følge som for eksempel av hjerneslag, hjerteinfarkt, akuttpsykiatri, ulykker med flere, har betydning for HELE helseforetakets utvikling, og at utviklingsplanene må gjennomgås når endringer for akuttfunksjoner planlegges. En analyse av både risiko og muligheter vil være vesentlig i dette arbeidet, og det påpekes i veilederen for arbeidet med utviklingsplaner at en **slik analyse ikke kan utføres uten at kommunene med flere er involvert.** I veilederen for arbeidet med utviklingsplaner står det at det er en forutsetning i nasjonal helse- og sykehusplan at sykehus skal samarbeide i nettverk, også når det kommer til hvordan man best løser ØYEBLICKELIG-HJELP tilbudet. Dette samarbeidet må ifølge veilederen **"involvere berørte kommuner, og hele akuttberedskapen må ses og planlegges i sin helhet. Det betyr at fastleger, legevakt, distriktpsikiatriske og lokalmedisinske sentre, prehospital kapasitet, utstyr og kompetanse må ses som en helhet og planlegges sammen med sykehusets akuttfunksjoner."** (utdrag fra side 5 i Veileder for arbeidet med utviklingsplaner). Videre presiseres det at risiko- og mulighetsanalysen må beskrive både dagens situasjon og de ulike alternative løsninger knyttet til akuttfunksjoner, og må dekke pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv.

Spørsmålene blir dermed som følger:

8. Har administrerende direktør og styret en helhetlig oversikt over hvilke krav og føringer som ligger til grunn i denne utredningen, og har man noe form for system for å sikre at man fanger opp alle krav og føringer?
9. Hvordan skal Helgelandssykehuset sikre involvering av, og felles planlegging med de respektive aktører som er en del av denne felles beredskapen?
10. Det påpekes i veileder for arbeidet med utviklingsplaner at ved endring av akuttberedskapen må hele akuttberedskapen ses og planlegges i sin helhet, og at berørte kommuner må involveres betydelig i denne prosessen. Hvordan har administrerende direktør og styret i Helgelandssykehuset ivaretatt dette hittil, og hvordan planlegger man å ivareta videre involveringen fra kommunene på Helgeland fremover, slik at man får et helhetlig perspektiv og en helhetlig planlegging av akuttberedskapen hvis man går inn for å endre akuttfunksjonene på Helgeland?
11. Et vesentlig moment administrerende direktør og styret i Helgelandssykehuset bør inkludere i utredningen er hvordan Helgelandssykehuset skal imøtekomme fremtidens struktur i Helse Nord, da UNN og Finnmarkssykehuset er vedtatt sammenslått, noe som vil gjøre disse to samlet til en mastodont i Helse Nord perspektiv. Hvordan skal man imøtekomme dette, og kan man ved å slå seg sammen med, og underlegge seg administrasjonen i NLSH, både få den faglige tyngden og fagmiljøene man etterspør, samt tyngden man trenger for å være en likeverdige partner i Helse Nord?

BYGG, FREMTIDIG STRUKTUR OG BEMANNING

Det er et hittil et overveldende fokus på tomtevalg i denne utredningen, og et betydelig mindre fokus på hvilke medisinskfaglige og samfunnsmessige oppgaver Helgelandssykehuset i fremtiden skal løse. Når det kommer til de bygningsmessige løsninger og konsepter er det per nå et valg mellom å bygge nytt eller å benytte dagens bygningsmasse eller deler av bygningsmassen. I den avviste alternativskillende analysen var det satt opp en del kostnadsestimater og arealestimater både ved å bygge nytt og det å videreføre drift i deler av dagens bygg.

Igen poengterer jeg at utviklingsplanen er førende for denne utredningen, og selv om man snakker om kostnadsoverslag og estimater, var det i utviklingsplanen estimert en betydelig utbygging og ombygging hvis man skulle videreføre dagens sykehusstruktur på Helgeland (alternativ 1 i utviklingsplanen). For alternativ 2 og 3 i utviklingsplanen var det tatt forbehold om ett nybygg sengesykehus, slik at alternativ 2a og 2b-1 ved bruk av dagens bygningsmasse dermed må sees på som en hybrid mellom alternativ 1 og alternativ 2 i utviklingsplanen.

For alternativ 1 i utviklingsplanen var det ved videreføring av dagens struktur estimert en utbygging på om lag 22 000 kvm i tillegg til eksisterende bygningsmasse. Man skulle i tillegg ombygge ca. 30 600 kvm og oppgradere om lag 10 200 kvm av eksisterende bygningsmasse. Den gangs kostnadsberegninger gav for nybygg en gjennomsnittlig kvadratmeterpris på om lag 68 000,- NOK, og for oppgradering om lag 5600,- pr kvm. Dagens kostnader er i den alternativskillende analysen 100 000,- pr kvm og oppgraderingskostnader på mellom 8500,- pr kvm og 20 900,- pr kvm alt etter oppgradering i ssj, msj eller ved mir. Siden utviklingsplanen har kostnadene på nybygg økt med om lag 32 % ved å bruke tall fra den alternativskillende analysen og man har også hatt en betydelig økning av kostnadene for oppgradering. Dette tilsier at kostnadene for ombygging, som gjennomsnittlig kostet 34 500,- kvm i utviklingsplanen for alternativ 1 i 2012, også har økt betydelig i

dag. Det er ikke så usannsynlig at man også for ombygging også snakker om et sted mellom minimum 30-50 % kostnadsøkning. Tar man dagens kostnadsestimater pr kvm til etterretning og viderefører det samme behovet for utbygging, ombygging og oppgradering som i utviklingsplanens alternativ 1, vil nåværende kostnad bli minst 3600 MNOK.

At man skulle kunne videreføre alternativ 2a for 1585 MNOK eller alternativ 2b-1 for 1050 MNOK, kan man dermed stille store spørsmålstegn ved. Hvis det var behov for å bygge ut og bygge om såpass mye per lokasjon i alternativ 1 med tre sykehus, er det jo besynderlig å tenke på at man helt plutselig, og i lys av kostnadsestimatene i den alternativskillende analysen, vil få et såpass lite utvidelsesbehov og ombyggingsbehov som man plutselig nå får ved videreføring av ett stort sykehus, evt. i kombinasjon med ett lite sykehus. Det blir da nærliggende å tro at kostnadsestimatene den gang enten var veldig høye for alternativ 0 og 1, noe som tyder på at man ville maksimere ulempene med å videreføre dagens struktur. Eller så er estimatene man har nå i dag veldig lave, for å få noen av dagens alternativer ved bruk av eksisterende bygningsmasse til å fremstå som bedre økonomiske alternativer enn de i realiteten vil vise seg å være hvis man vedtar fremtidig struktur på bakgrunn av de fremlagte økonomiske beregninger.

Et viktig moment er at man er i dag strengt tatt ikke har noen endelig oversikt over hva en endring av strukturen egentlig kommer til å koste, da man mangler oversikt over reelle kostnader ved foreksempel økning av den reelle prehospital kapasiteten som ville være naturlig å forvente hvis man flytter mye av pasientkontakten ut fra sykehus og inn i ambulansene (det koster både tid og penger hvis man binder opp én enkelt ambulanse for å kjøre tur-retur 40 mil for å levere én pasient).

Et annet vesentlig poeng i dette er at man i utviklingsplanen flere ganger poengterte at alternativ 0 hadde en estimert levetid til 2031, og at man deretter vurderte at alternativ 3 (ett sykehus uten DMS) etter utrangering av bygningsmasse var den eneste fremtiden på Helgeland. Det var nettopp dette som gjorde at alternativ 0 i utviklingsplanen hadde de største kostnadene. Man ville først ha oppgraderingskostnader på om lag 563 MNOK frem til 2031, hvorpå man i tillegg fikk kostnadene av å bygge ett nytt felles sykehus på Helgeland uten DMS. I den alternativskillende analysen ble det kun kostnadsført oppgraderingskostnader både for alternativ 0 og for det lille akuttsykehuset i 2b-1, noe som gjør at det er nærliggende å tro at man kun planlegger videreføring av disse til 2031, som jo utviklingsplanen poengterte var forventet levetid ved kun oppgraderingskostnader. Ser man dette i lys av bl.a. rapporten «Rekruttering og utdanning av fagpersoner framtidig akuttsykehus på Helgeland», datert 20. sept. 2018 som er utarbeidet av VISTA ANALYSE for Rana Utviklingsselskap (næringsetaten i rana kommune), en rapport som tydeligvis flittig ble brukt av ressursgruppen i sitt arbeid, vil man kunne støtte opp om dette synet med begrenset levetid for det lille akuttsykehuset. Denne rapporten poengterte nemlig at det lille akuttsykehuset ville kunne fungere godt i en interimfase, men man ville etter hvert få utfordringer med rekruttering og å opprettholde stabile fagmiljøer ved det lille sykehuset. Samme rapport peker, i tillegg til mange andre kilder, for øvrig på at å gå for mer enn ett sykehus på Helgeland vil kunne skape utfordringer med å opprettholde livsdyktige og faglige sterke fagmiljøer på Helgeland.

Et annet viktig poeng vedrørende levetid for byggene er at man i utviklingsplanen hadde vektete tilstandsgrader for lokasjon SSJ på 2,0, for MSJ på 1,3 og for MIR på 1,0 i 2011. I den alternativskillende analysen var disse på nå endret til 2,2 for SSJ, 1,5 for MSJ og 1,7 for MIR, noe som betyr at den tekniske tilstanden ved byggene nå vurderes som dårligere enn i 2011, og den estimerte

levetiden i utviklingsplanen må vurderes mer nøye. Når det gjelder vurderingene av bygningsmassen i utviklingsplanen er det ønskelig å påpeke at det var Bjørn Bech-Hanssen, nåværende eiendomsdirektør og betydelig delaktig i HSYK2025, som var leder av arbeidsgruppen som arbeidet med bla. å vurdere bygg og optimalisering/beregning av fremtidig arealbehov i utviklingsplanen. Både vurdering av levetid, optimalisering av fremtidige arealer og andre konklusjoner denne arbeidsgruppen evt. kom med må dermed være meget godt kjent for ham.

Et annet moment man så absolutt må vurdere betydelig mer i prosessen, er bemanningsbehov. Ser man utviklingsplanens alternativer i lys av det estimerte bemanningsbehovet, var det et likt bemanningsbehov ved å videreføre alternativ 0,1 og 2. Kun alternativ 3 ville føre til en redusert bemanning, da på 111 færre ansatte, hvorav 30 færre leger. Differansen mellom alternativ 2 og 3 var nettopp bemanningen man i alternativ 2 trengte på DMS. Det ble også poengtert i utviklingsplanen at man ville kunne få rekrutteringsutfordringer hvis flere enn ett sykehus, og også utfordringer for å rekruttere til DMS. Kun alternativ 3 ville gjøre noe med de forventede bemanningsutfordringer. For øvrig var det estimert at legene ved DMS skulle jobbe 60 % på DMS og 40 % på det nye «sengesykehuset», og at det nye «sengesykehuset» var estimert å skulle ta imot ca 60 % av pasientkontaktene i Helseforetaket. Det som er bekymringsfullt er at man i den reviderte alternativskillende analyse snakket om en bemanningseffektivisering til 2013 tilsvarende 65 MNOK, noe som ved å se bemanningen i lys av utviklingsplanen, gjør en slik effektivisering uforståelig, da man ved denne effektiviseringen ikke vil kunne lykkes med å bemanne de forespeilede lokasjoner og strukturer annet enn alternativ 3 ved en slik kraftig bemanningsreduksjon.

Hvis man setter seg grundig inn i bakgrunns materialet taler prosessen man er i nå, er det både på bakgrunn av bygg, økonomi og bemanning, tydelig at man etter hvert vil kunne risikere å sitte igjen med alternativ 3 på Helgeland. Dvs. ett stort akutt sykehus og ingen DMS. I alle fall hvis man ikke lykkes med å rekruttere helsepersonell og skape store fagmiljøer, som jo sammen med en dårlig eksisterende bygningsmasse, er hovedbudskapet hittil i utredningen. Dog kan man stille spørsmålsteget ved rekrutteringsproblemer, da man i 2012 ifølge utviklingsplanen hadde 132 leger innen somatikk og ifølge den reviderte alternativskillende analysen (mars 2019) hadde 174 leger innen somatikk i 2017, en økning på nær 32 % leger innen somatikk på HSYK på om lag 5 år. Hvis man også unngår den planlagte omstruktureringen av sykepleierutdanningen ved Nord universitet i Sandnessjøen, vil man for fremtiden også ha mulighet til å rekruttere lokalt bosatte personer som grunnet familiesituasjon, økonomi, bosted etc. ikke har mulighet til å studere fulltid eller kan reise bort fra Helgeland for å studere. Å opprettholde et desentralt utdanningstilbud i Sandnessjøen vil være en betydelig innsatsfaktor mht rekrutteringsutfordringer for hele Helgeland. Dette da det gjerne er lokalt etablerte, som vil fortsette å bo på Helgeland også etter endt utdanning, som oftest benytter denne typen studieform.

Mine spørsmål og momenter blir da følgende:

- 12. I lys av det overnevnte, hvordan skal administrerende direktør og styret i Helgelandssykehuset sørge for at man får virkelighetstro data med den kvaliteten som trengs for å kunne ta de riktige avgjørelser i denne prosessen? Jeg tenker da især på at det ved å drifte 3 sykehus i alternativ 1 var utbyggingsbehovet totalt på 22 000 kvm, hvorpå 12 000 kvm ved enhet rana alene kun for å betjene nåværende nedslagsfelt, mens man i**

dag tydeligvis har helt andre forutsetninger og behov for utbygging hvis for eksempel rana skal betjene HELE Helgeland alene.

13. Kan administrerende direktør og styret redegjøre for hvordan man planlegger å opprettholde et levedyktig lite akutt sykehus i 2b-1, samt hvordan man skal greie å opprettholde drift og ambulering ved inntil 3 DMS? Dette både pga. at man kun estimerer oppgraderingskostnader ved det lille akutt sykehuset (som jo er videreføring av alternativ 0 for det lille sykehuset = levetid til 2031) samt at det å videreføre et lite akutt sykehus etter interimfasen vurderes av flere som utfordrende både med hensyn på bemanning og levedyktige fagmiljøer.
14. En ikke helt ukjent tanke er at man etablerer et lite akutt sykehus i interimfasen i 2b-1 av politiske hensyn, hvorpå man etter interimfasen legger ned sykehuset og/eller DMS for å imøtekomme fremtidige bemanningsutfordringer eller økonomiske utfordringer (og dermed ved å ta noen omveier til slutt får ett sykehus på Helgeland). Hva vil konsekvensene av et slikt forløp bli?
15. I lys av vedlagte dokumenter vil det være nærliggende å anta at kostnadene ved å benytte dagens eksisterende lokasjoner vil bli betydelig høyere for alternativ 2a og 2b-1 enn forespeilet i den alternativskillende analysen. Grunnet begrenset levetid og bygg fra en annen tid vil man heller ikke få optimale lokaler som er fremtidsrettet. Dette vil strengt tatt føre til at man likevel etter noen år vil kunne bli nødt til å bygge ett nytt sykehus som er tilpasset de fremtidige behov. Jeg ber om at administrerende direktør og styret i særdeleshet gjennomgår og vurderer dette aspektet, da en konklusjon om dette vil føre til tilnærmede like kostnader uavhengig av lokalisering av fremtidig struktur. Å havne i en situasjon der man først vedtar lokalisasjon basert på feilaktige økonomiske beregninger, og deretter vedtar nybygg til samme kostnad som ved hvilken som helst annen plassering, vil være en meget dårlig prosess og gi et svært dårlig resultat for innbyggerne på Helgeland.
16. Jeg ber om at administrerende direktør og styret vurdere hvordan man ved alternative metoder andre enn sentralisering av tjenester og fagmiljøer, kan opprettholde og videreutvikle kvaliteten og tyngden på fagmiljøene man har ved dagens enheter. Kan man for eksempel ved økt hospitering eller et betydelig bedre samarbeid med andre aktører som NLSH eller UNN, sørge for at våre ansatte får det fagmessige påfyllet og tyngden som etterspørres?
17. Hvordan mener administrerende direktør og styret at man konkret skal imøtekomme de bemanningsutfordringer som er forventet vil komme til å påvirke bemanningen ved Helgelandssykehuset, og hvordan vil bemanningsutfordringer i fremtiden påvirke mulighetene til å drifte alle de foreslåtte lokalisasjoner og enheter?

HMS I DAGENS OG FREMTIDENS ORGANISASJON

Den situasjonen man er i nå, står i fare for å pulverisere forholdet man har mellom innbyggere nord for korgfjellet og sør for korgfjellet, og det sies at ansatte i HSYK kvier seg for å reise på kryss og tvers av dette nå berømte fjellet for å møte kolleger som er ansatt på den «andre siden». Det er i tillegg stor mistro og mistillit til den prosessen man nå er i, da det er lagt opp til betydelige påvirkningsmuligheter i denne prosessen av både enkeltindivider i administrasjonen ved Helgelandssykehuset, men også fra administrasjonen i rana kommune (noe man ser sporene av hvis man leser fremstilte rapporter i lys av høringsuttalelser, innspill etc.). Man har til og med opplevd at

varslere i Helgelandssykehuset blir trakassert på jobb, og det er nærliggende å anta at arbeidsmiljøet i Helgelandssykehuset for lang tid fremover vil bli påvirket av den situasjonen man nå er i. Som tillitsvalgt er det for meg viktig at man, selv om man er i en krevende situasjon, har et arbeidsmiljø som ivaretar den enkelte ansatte, grupper av ansatte og det helhetlige arbeidsmiljøet i Helgelandssykehuset.

18. Jeg ber administrerende direktør og styret om å redegjøre for hvordan man skal skape tillit til prosessen man nå er i.

19. Jeg ber administrerende direktør og styret om å redegjøre for hvordan man skal kartlegge og ta tak i de eventuelle arbeidsmiljømessige utfordringer vi nå har, slik at man skal kunne fortsette å samarbeide på kryss av korgfjellet, både nå i denne prosessen vi er i, men også etter at et eventuelt vedtak er fattet og en eventuell omstrukturering er fullført.

<https://www.anskaffelser.no/anskaffelsesprosessen/anskaffelsesprosessen-steg-steg/avklare-behov-og-forberede-konkurransen/spesifikasjoner-krav-og-kriterier/tildelingskriterium/evalueringsmodeller/vekting-av-tildelingskriterier-og-bruk-av-poengskala>

<https://www.anskaffelser.no/anskaffelsesprosessen/anskaffelsesprosessen-steg-steg/avklare-behov-og-forberede-konkurransen/spesifikasjoner-krav-og-kriterier/tildelingskriterium/utforming-av-tildelingskriterier>

<https://www.regjeringen.no/no/tema/naringsliv/konkurransopolitikk/offentlige-anskaffelser-/andre-kolonner/tildelingskriterier/id2518924/>

<https://helse-midt.no/Documents/2016/Veileder%20utviklingsplaner%20end.pdf>

<http://sykehusbygg.no/wp-content/uploads/2016/09/Veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter.pdf>

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202017/20170523/20170523%20Styresak%2057%20Vedlegg%204%20Helgelandssykehuset%20HF%20-%20Rapport%20utviklingsplan%2020141029.pdf>

<http://traumatologi.no/wp-content/uploads/2014/09/Traumesystem-2006-endelig-rapport.pdf>

http://traumatologi.no/wp-content/uploads/2018/12/A%CC%8Arsrapport_NTR_2017-2.pdf

https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202019/20190327/20190327%20Styresak%2027%20Presentasjon%20brukt%20i%20styrem%3%B8tet_%20Alternativskillende%20%3%B8konomisk%20analyse.pdf

http://arkiv.nsd.mn.no/filarkiv/File/rapporter/NSDM_rapport_2013_Rekruttere_og_behold.pdf

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Spm%20og%20svar%202025/Va-rapport%202018-32%20Rekruttering%20og%20Utdanning%20av%20personell%20til%20et%20nytt%20stort%20akuttisykehus%20p%3%A5%20Helgeland.pdf>

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/H%3%B8ringssvar%20ekstern%20ressursgruppe/20190221%20H%3%B8ringssvar%20Rana%20kommune.pdf>

[%202018%20Vedlegg%20%20%20Helgelandssykehuset%202025%20-%20H%C3%B8ringsrapport%20180117.pdf](#)

[https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202018/20180131-0201/20180201%20Styresak%206%20-](#)

[%202018%20Vedlegg%20%20%20Helgelandssykehuset%202025%20-%20H%C3%B8ringsrapport%20180117.pdf](#)

[https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppa/transport%20Helgelandpdf.pdf](#)

[https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202018/20180420/20180420%20Styresak%2019%20-](#)

[%202018%20Vedlegg%201%20Styreprotokoll%20styrem%C3%B8te%20Helgelandssykehuset%20HF%2019.02.2018.pdf](#)