

Møtereferat

<i>Møtetype</i>	Dialogmøte ang. vedtakspunkt 4
<i>Møtedato</i>	08.09.22
<i>Møtested</i>	Bakkengården, Mosjøen
<i>Tilstede</i>	Fra Hattfjelldal: Turi Thorsteinsen, kommunalsjef Fra Grane: Linda G. Svartvatn og Hege Paulsen Fra Vefsn: Erlend Eriksen, Rachel Berg, Lill Inger Reinfjell, Fredrik Jørgensen, Berit Hundåla, Karin Ingebrigtsen Fra HSYK: Hanne Frøyshov, Ole Hope, Knut Roar Johnsen, Pål Madsen, Merethe Myrvang, Michael Strehle, Elin Grønvik, Eystein Hauge
<i>Ref.</i>	Merethe Myrvang

	<p>Formålet med møtet: Fortsette dialogen rundt vedtakspkt. 4. Møtet er det første i en serie på 4 høsten 2022.</p> <p>Agenda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunal medvirkning i en konseptfase v/ konst. AD Hanne Frøyshov 2. Konseptfasen steg 2 – «skisseprosjektet» v/prosjektdirektør Ole Hope <ul style="list-style-type: none"> • Nye Helgelandssykehuset ønsker å få innspill til mulige ønsker om kommunale helsetjenester i Mosjøen samlokalisert med vårt eventuelle polikliniske somatikk-tilbud i sykehusets bygningskropp i Mosjøen, jfr. vedtakspunkt 4, slik at arkitektene i Sykehusbygg kan hensynta dette i skisseprosjektet • Eksempler på slike tjenester kan være legevakt, KAD-senger eller kommunale rehabiliteringssenger, da enten i kommunal eller interkommunal regi. 3. Styrking av de prehospitale tjenestene som følge av strukturvedtaket, jfr. vedtakspunkt 2, v/ klinikkjef Pål Madsen <ul style="list-style-type: none"> • Hva Helgelandssykehuset gjør for å sikre trygge akuttmedisinske forløp i ny sykehusstruktur 4. Muligheter for samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten om akuttmedisinsk beredskap v/samhandlingssjef Knut Roar Johnsen 5. Innspill fra kommunene til det de mener er et tjenlig somatisk tilbud basert på rammebetingelsene i strukturvedtaket. 6. Utdanning/samtrening - diskusjon om muligheter
1.	<p>Presentasjonsrunde, konst. AD Hanne Frøyshov ønsker velkommen, gjennomgang av presentasjon (vedlegg 1). Innramming/premisser for videre arbeid. Oppfordrer kommunene til å legge alle ønsker/behov på bordet i løpet av møteserien – viktig å holde handlingsrommet mest mulig åpent for å få fram de gode innspillene. Omgivelsene har endret seg; prosjektet forholder seg til vedtak gjort underveis, målet er fortsatt å skape et så godt tilbud som mulig i Mosjøen. Det tas ingen beslutninger i møtene – ønsket er å skape god dialog, avdekke behov/muligheter.</p>
2. + 5.	<p>Presentasjon v/prosjektdirektør Ole Hope (vedlegg 1) – presentasjon av alternativ 3; skisseprosjekt er en del av konseptfasen 2. Viktig at kommunene signaliserer ev.</p>

ønsker/behov for samlokalisering i denne fasen, slik at dette kan tas inn i skisseprosjektet. Gjennom skisseprosjektet (konseptfasen steg 2) skal endelig konseptet konkluderes.

Innspill fra Vefsn kommune:

- Er målet fortsatt det samme – et bedre helsetilbud for alle?
- Hvor står det at det ikke kan være intermediære senger?
- Hvor står det at det kan bygges nytt i Mo i Rana?
- Ønsker senger i MSJ betjent av spesialisthelsetjenesten – mener forutsetningene har endret seg gjennom plassering av hovedsykehus i SSJ
- Ønsker CT i MSJ, først og fremst for hjerneslagpasienter. Vil være et avbøtende tiltak.
- Ønsker legevakt samlokalisert med ambulansetjenesten, legene er interessert i samtrenting.
- Har ikke tro på 50 % dekning av polikliniske tjenester, ikke en bærekraftig modell – bør heller beholde fagmiljøer som allerede er etablert i MSJ, vil være kritisk å flytte disse, kan bli stående uten tilbudet.
- Bekymret for konsekvensene dette kan få for det kommunale tilbudet; legevaktordningen, f.eks., er allerede skjør
- Det nevrologiske miljøet burde bestå.
- Psykisk helsevern – ser store muligheter dersom de kommunale tjenestene innen psyk. kunne samlokaliseres/ha tettere samarbeid med spes. helsetjenesten. Kunne bli en pilot på området, kanskje mulig å søke øk. støtte for et slik prosjekt?
- Tenk også samtrenting/utdanning for psykologer, der er det mye å hente.
- Ønsker et mer formalisert palliativt team. Stort behov, passer godt inn i en desentralisert struktur
- Døgnposten på psyk. – jobber tett med nevrologi, bør settes inn ressurser der. Må være et minimum av somatiske tjenester tilknyttet psyk.
- Legevakt brukes som akuttseng i dag innen psyk, bør bygges opp et akutttilbud i Mosjøen.
- Lab. tjenester – bekymret for hvor lite som er skissert så langt.
- Mener man må se på driftsmodell før det gjøres noen endringer – begrenset tro på ambuleringsvillighet, bærekraften i modellen.
- Samarbeid om intermediære senger – i alle fall i en overgangsperiode? Tror det vil ta bort noe av utryggheten i befolkninga
- Stort blodgiverkorps i MSJ, dette må ivaretas.
- Rehabilitering bør løftes – kanskje noe vi kan samarbeide tettere om?
- Hvilke beregninger er gjort for det som skal være igjen i MSJ? Hva er grunnlaget for beregningene som er gjort når det gjelder ambulansedekninga?

Innspill fra Hattfjelldal kommune:

- Mye av det som diskuteres for langt unna for befolkningen i Hattfjelldal. Vi er opptatt av gode prehospitale tjenester. Vi er opptatt av det faglige, det må være kvalitet i tjenesten vi møter – Mosjøen må ikke bli en pasientfelle.

Palliativt team – gjerne ambulerende, som vi kan være en del av. Ønsker rask tilgang til røntgen (gjerne ambulerende) – rask avklaring er viktig for oss.
Lab. tjenester – ønsker raske svar.

Helgelandssykehuset:

Utgangspunktet er at vi skal lage den beste helsetjenesten for befolkninga på Helgeland. Vedtakspkt. 4 sier at foretaket ikke skal ha sengetilbud i Mosjøen, men vi ønsker å se på om sykehuset kan bidra innenfor de rammene vi har. Utbygging i Rana – det må bygges nytt uansett (VOP-bygget må erstattes). Foreslått løsningen i Mo i Rana vil gi et bedre tilbud økonomisk og tjenestemessig tilbud for hele befolkningen på Helgeland.

CT – klarer vi å tenke alternative løsninger rundt dette? Vi kan se på hvilke pasienter som kan ha nytte av CT-tilbud nært. Hjerneslagpasientene alene er for få til å opprette et slikt tilbud. Kan vi tenke mer samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene? Investeringsmidler må finnes for å få dette tilbudet. Ønsker å få fram mulighetsrommet.

Akuttpost-utredningen (psyk.) ligger utenfor prosjektet, men klinikken jobber med utredning av dette nå. Lokalisering er ikke tatt opp ennå.

Ber kommunene tenke på hvilke behov de har for lab. funksjoner.

Ambulering - viktig å ikke låse seg i hvordan ting har vært. Vi må tenke fleksibilitet og at man kan reise i ulike retninger.

Kan det være aktuelt å flytte KAD-sengene nærmere legevakta og ambulansestasjonen? Dette gjøres mange andre steder, med gode synergieffekter. Intermediærsenger har ingen sammenheng med akuttforløp (og dermed trygghet), men KAD-senger kan være et tilbud for pasienter som kan vente til neste dag med avklaring og som ikke bør reise hjem.

Ønsker å beholde blodgiverkorpset, men kan ikke love nå at det er rammer for alt som er ønsket. Har tro på at samarbeid kan gjøre at vi får til mer enn om vi tenker alene.

To områder hvor spes og kommunehelsetjenesten overlapper noe: Akuttforløp og rehabilitering. Hvilke tilbud finnes i kommunene innen rehabilitering? Kunne det være noe kommunene, kanskje i fellesskap (interkommunalt) kunne tenke å samlokalisere i/ved sykehuset?

Demensomsorg, palliasjon, rehabilitering – store gevinster ved samhandling, vil kunne utnyttet kompetansen om disse var under samme tak.

	<p>Mye av det som diskuteres handler om interkommunalt samarbeid. I neste møte bør vi snakke mer om hva som kan være felles for pasienter fra tre kommuner. Kommunene oppfordres til å samsnakkes om muligheter før neste møte.</p> <p>Akuttforløp – det som skjer de første minuttene er viktigere enn avstanden til sykehus. Samarbeid rundt akutt-tjenestene er helt vesentlig, mye å hente. MSJ må ikke bli en pasientfelle.</p>
3.	<p>Pål Madsen - Planlagte prehopitale tiltak (vedlegg 2) Det kommer ny stortingsmelding. Kan komme forskriftskrav om responstid/innhold. Endringer kan bli ressurskrevende.</p>
4.	<p>Samhandlingssjef Knut Roar Johnsen: Tjenesteavtale 11. Dersom kommunen ønsker en tettere samhandling rundt denne før Helsefelleskap er opprettet legger vi gjerne til rette for det.</p> <p>«Trygg akuttmedisin» blir ikke inkorporert til fulle, men Helgelandssykehuset bruker elementer fra denne modellen inn i samarbeidet med kommunene. Det er opprettet et «KSU» (klinisk samarbeidsutvalg) der både HSYK og kommunene deltar for å arbeide videre med dette.</p>
6.	<p>Punkt 6. – tas i neste møte.</p>

Vi minner om neste møte:

Torsdag 22. september kl. 10.00 - 12.00, Bakkengården Mosjøen

Vedlegg 1: Presentasjon v/Hanne M. Frøyshov og Ole Hope

Vedlegg 2: Lysbilde v/Pål Madsen



Nye Helgelandssykehuset Konseptfasen

Medvirkningsprosess sep/okt 2022

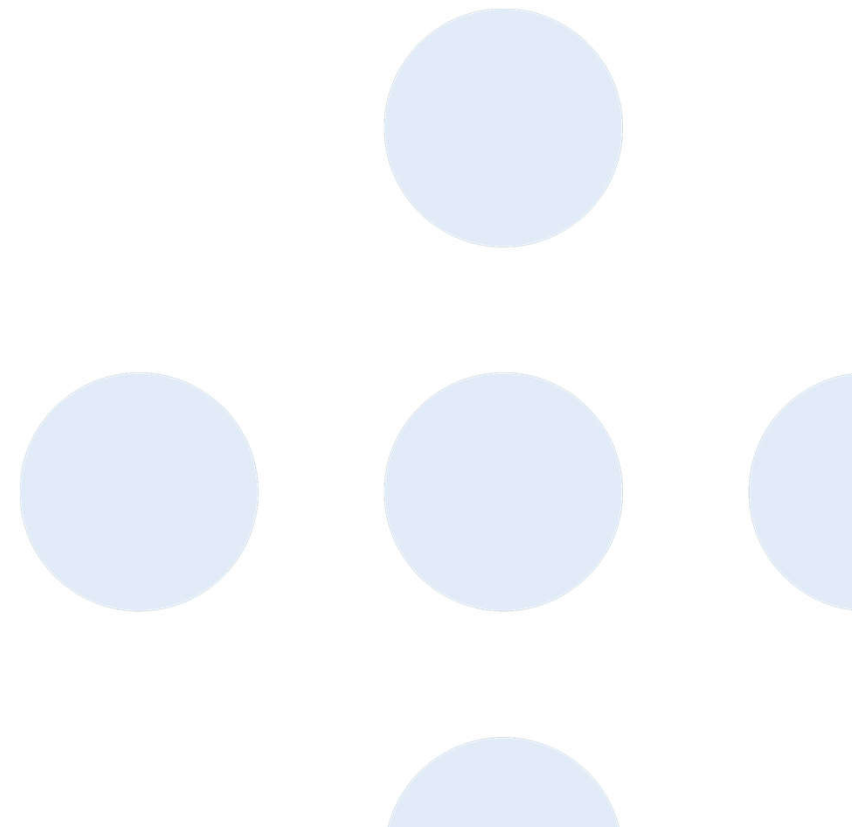
Kvalitet

Respekt

Trygghet

Tidsplan ekstern medvirkningsprosess

- Torsdag 08.09.22 – Kommuner og fastleger
- Fredag 09.09.22 – Brukerutvalg
- Torsdag 22.09.22 – Kommuner og fastleger
- Fredag 23.09.22 – Brukerutvalg
- Torsdag 06.10.22 – Kommuner
- Torsdag 27.09.22 - Kommuner



Kommunikasjon og dokumentasjon

- Det vil bli utarbeidet referat med vedlagte presentasjoner fra alle møter i den eksterne medvirkningsprosessen
- Referatene vil bli sendt til kommunene/brukerutvalget for godkjenning
- Referatene vil etter godkjenning bli kunngjort på Helgelandssykehusets nettsider





Bakgrunn

Kvalitet

Respekt

Trygghet

Oppdrags-
dokument 2013,
grunnlag for
prosjektutvikling

Foretaks møte,
Åpning for
endret
struktur

Ekstern
ressursgruppe,
Dialogmøter,
høringer og
fagspesifikke møter

Foretaks møte
Strukturvedtak

Konseptfase,
Steg 1

2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Utviklingsplan
(OEC,
Hospitalitet)

Idéfase,
Helgelandssykehuset 2025. Høringer og flere alternativer

Konseptfase,
Steg 0

Konseptfase,
Steg 2

Nye Helgelandssykehuset - tidslinje



PÅ NÆRT HOLD: Helse- og omsorgsminister Bertil Høie besøkte Vega for å studere ambulansébåtene i Helgelandssykehuset.

FOTO: SIMEN ALDRA, BA

– Jeg har siste ord

Brønnøysunds Avis, 5. aug 2016

Helseministeren: Strukturvedtaket ligger fast



Helgelands Blad, 24. jun 2022




Helgelandssykehusets oppdrag:

Foretaksmøtet i Helse Nord RHF 27. januar 2020:

- **Vedtaks punkt 2:** Strukturen på det somatiske tjenestetilbudet i Helgelandssykehuset skal baseres på modellen med **ett sykehus som etableres på to lokasjoner** som følger: **a) Helgelandssykehuset Sandnessjøen etableres som helseforetakets hovedsykehus** med følgende funksjoner: **Akuttsykehus** med indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaktsamarbeid med Nordlandssykehuset). Det foreslås videre at Helgelandssykehuset Sandnessjøen skal ha urologi, plastikk-kirurgi, spesialisert rehabilitering/fysikalsk medisin, og øre-nese-hals som krever sengekapasitet. **b) Helgelandssykehuset Mo i Rana etableres som akuttsykehus:** Indremedisin med akuttberedskap, generell kirurgi med akuttberedskap, ortopedi med akuttberedskap, fødeavdeling, anestesi, laboratoriefunksjon og radiologi (i vaktsamarbeid med Nordlandssykehuset HF). c) DMS i Brønnøysund planlegges som forutsatt.

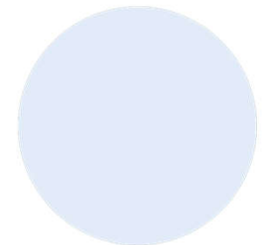
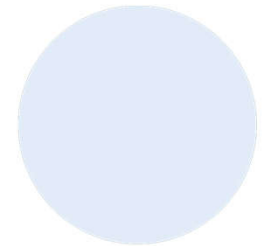
Helseforetakets hovedkontor og ledelse legges til hovedsykehuset i Sandnessjøen.

forts.:

- **Vedtaks punkt 3:** Sykehuset i Mo i Rana lokaliseres **ved** nåværende bygningsmasse. Lokaliseringen av sykehuset i Sandnessjøen og omegn avgjøres i konseptfasen.
 - **Vedtaks punkt 4:** *I konseptfasen* utredes etablering av polikliniske somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen. Som del av utredningen vurderes også det somatiske tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern.
 - **Vedtaks punkt 5:** Styret forutsetter at **Helgelandssykehuset HF skal drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokalisasjoner**. Befolkningen skal møte en kunnskapsbasert praksis, og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med kvalitet.
- 

Premisser i det videre arbeid

- Helgelandssykehusets administrasjon forholder seg strengt til vedtak som er fattet i styrer og departement
- Utsagn som ikke er dokumentert gjennom vedtak er ikke en premiss i sykehusets videre planlegging og arbeid
- Sykehuset har en anstrengt økonomisk situasjon. Dette vil påvirke beslutninger og tempo ved iverksetting av tiltak
- Vi legger til grunn at utviklingen av Nye helgelandssykehuset er en dynamisk prosess innenfor de rammer sykehuset er gitt
- Sykehuset og spesialisthelsetjenesten er i konstant faglig og organisatorisk utvikling som kontinuerlig påvirker valg av løsninger og oppgavefordeling





Hvorfor ekstern medvirkning?

Vi må skape sammenhengende og pasientsentrerte helsetjenester

Pasientenes behov for helsetjenester er utgangspunktet for vår virksomhet, og pasientenes perspektiver skal alltid ligge til grunn i vårt planarbeid. Pasientsentrerte helsetjenester må henge sammen på tvers av forvaltningsnivåene. Pasientene er derfor avhengige av at helseforetakene og kommunene jobber godt sammen. Helseforetakene må følgelig involvere de kommunene som er relevante samarbeidspartnere i sitt planarbeid - og vice versa.

Vi har et lovpålagt ansvar

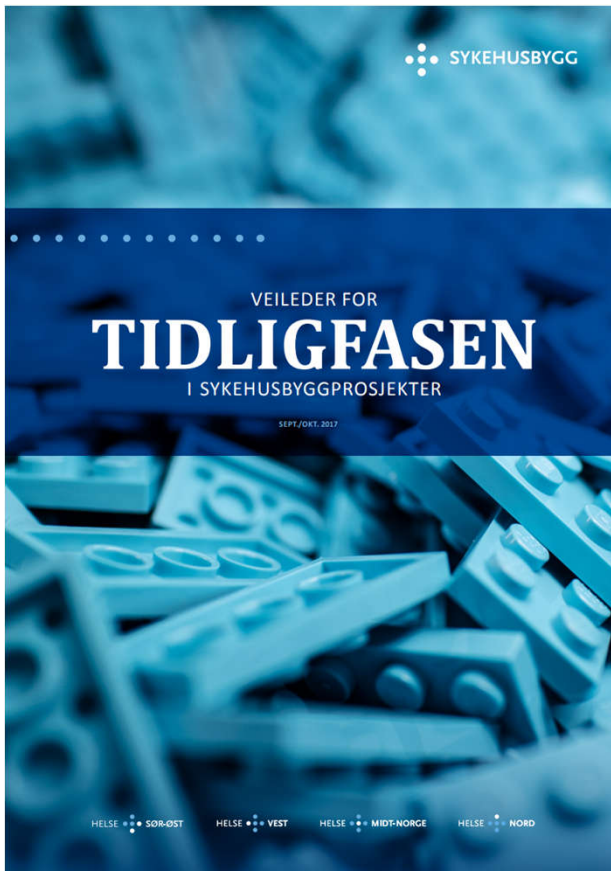
Spesialisthelsetjenesten har et [lovpålagt ansvar](#) om å inngå samarbeid med kommunene, og kommunene har på sin side [en tilsvarende plikt](#) til å samarbeide om med spesialisthelsetjenesten. Av loven fremgår det at "Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester"

Vi har klare styringssignaler

I [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#) leser vi at "en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste" er et av hovedmålene. Dette utdypes ytterligere i [Oppdragsdokumentet for 2022](#) hvor vi leser at "Pasienter, brukere og pårørende skal oppleve en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste på tvers av forvaltningsnivå og fagområder." Helsefelleskapene mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner er en sentral plattform for dette arbeidet.



Veilederen for tidligfasen i sykehusbygg-prosjekter nevner bare ordet «kommune» ett sted i selve teksten, og ingen steder i medvirknings-kapittelet



Kap 6 - Avklaring av lokalisering

«I arbeidet med lokaliseringsanalysen involveres aktuelle kommuner vedrørende lokaliseringalternativene» (side 16)

- Ordet «kommueplaner» nevnes på samme side ifm. mulig krav om konsekvensutredning (KU)
- Ordet «vertskommunene» nevnes i Appendix H, da i forbindelse med kvalitetssikring av utviklingsplanen og tilhørende samhandling med primærhelsetjenesten (Utviklingsfasen ligger til grunn for prosjektinnrammingen, eller idefasen som det tidligere het, altså forut for konseptfasen)




Kap 11 - Medvirkning fra brukere og ansatte

«Medvirkningsprosesser må inkludere brukerrepresentanter, ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste» (side 29)




Vi tror like fullt Nye Helgelandssykehuset kan gi et bedre tilbud til pasientene om kommunene medvirker i konseptfasen, men det er da nyttig med noen prinsipper

Vi har derfor sett til «Veiledende retningslinje for involvering av private aktører i spesialisthelsetjenestens plan- og utviklingsarbeid», vedtatt av AD-møtet i RHF'ene tidligere i år, for lete etter prinsipper som kan være til hjelp for når og hvordan en tredjepart skal involveres i spesialisthelsetjenestens konseptfasearbeid. Vi forstår at denne retningslinjen ikke er direkte overførbart til involvering av kommunene, men det er likevel verd å reflektere over noen av prinsippene:

3. Hvem – kriterier for hvem vi skal involvere

Relevans		<ul style="list-style-type: none"> De som involveres skal være relevante aktører i forhold til den aktuelle planen. Eksempel på kriterier for relevans kan være nivå, geografi, funksjon, kompetanse og volum.
Verdi		<ul style="list-style-type: none"> Involvering skal skape verdi for pasienten. Dersom det ikke øker verdien, er ikke involvering nødvendig. Verdi for pasienten uttrykkes ofte gjennom behandlingskvalitet, pasientens opplevelser (PREM og PROM) eller andre forbedringer.
Likebehandling		<ul style="list-style-type: none"> Aktørene skal så langt det er formålstjenlig behandles likt. Involvering kan også foregå gjennom representasjon der det er hensiktsmessig.

4. Hvordan – overordnede prinsipper for involvering og godt samarbeidet

Gjensidighet		<ul style="list-style-type: none"> Vi respekterer hverandres ulike roller, men forventer at alle aktørene deler sine relevante planer på tvers av pasientforløpet. Dette for å sikre sammenhengende planer og forståelse på tvers.
Pasientens ståsted		<ul style="list-style-type: none"> Vi skal alltid ta utgangspunkt i pasientens ståsted, og vektlegge og fremme det som er viktig og kan gi verdi for pasienten.
Samarbeidsklima		<ul style="list-style-type: none"> Vi skal ønske hverandre vel, spille hverandre gode og bidra individuelt og samlet til god stemning. Godt samarbeidsklima fordrer at alle bidrar til dette.



Valgt konsept

Kvalitet

Respekt

Trygghet



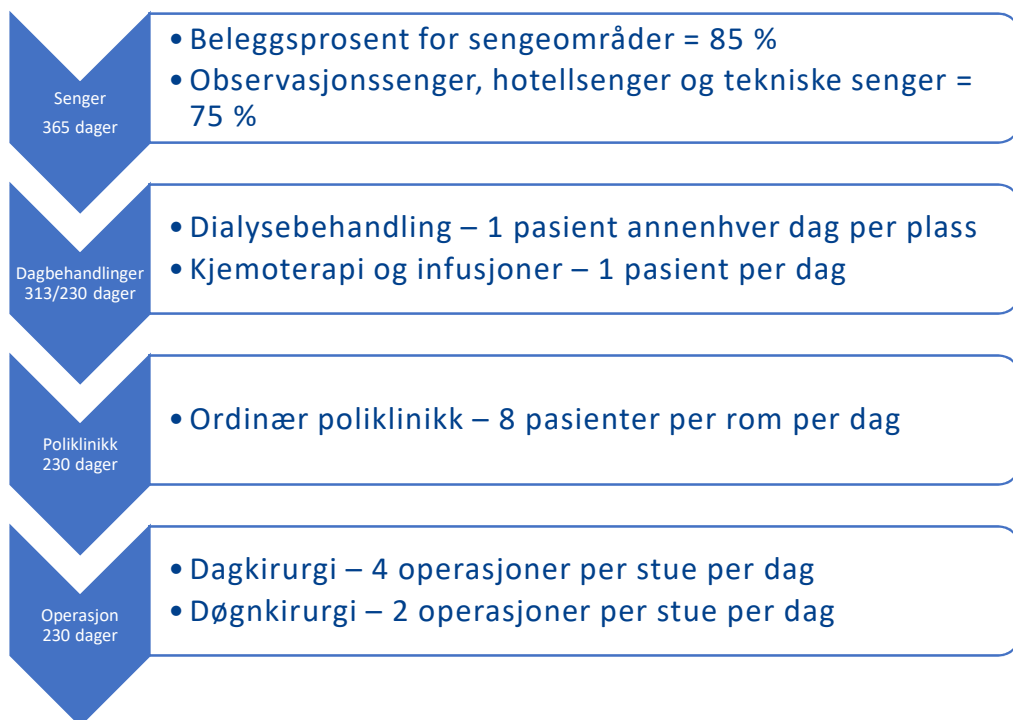
Effektmålene for Nye Helgelandssykehuset

1. Enhetene i Helgelandssykehuset skal driftes som ett sykehus
2. Videreutvikle et helhetlig tjenestetilbud til pasientene på Helgeland
3. Pasienten mottar en kunnskapsbasert tjeneste med god kvalitet i Helgelandssykehuset
4. Helgelandssykehuset er en attraktiv arbeidsplass med stabilt fagmiljø, godt arbeidsmiljø og riktig kompetanse
5. Helgelandssykehuset er tilrettelagt for utdanning, opplæring, forskning og kompetanseutvikling
6. Helgelandssykehuset er et ressurs- og kostnadseffektivt sykehus
7. Helgelandssykehuset har effektive, funksjonelle og bærekraftige sykehusbygg
8. Helgelandssykehuset er et grønt sykehus

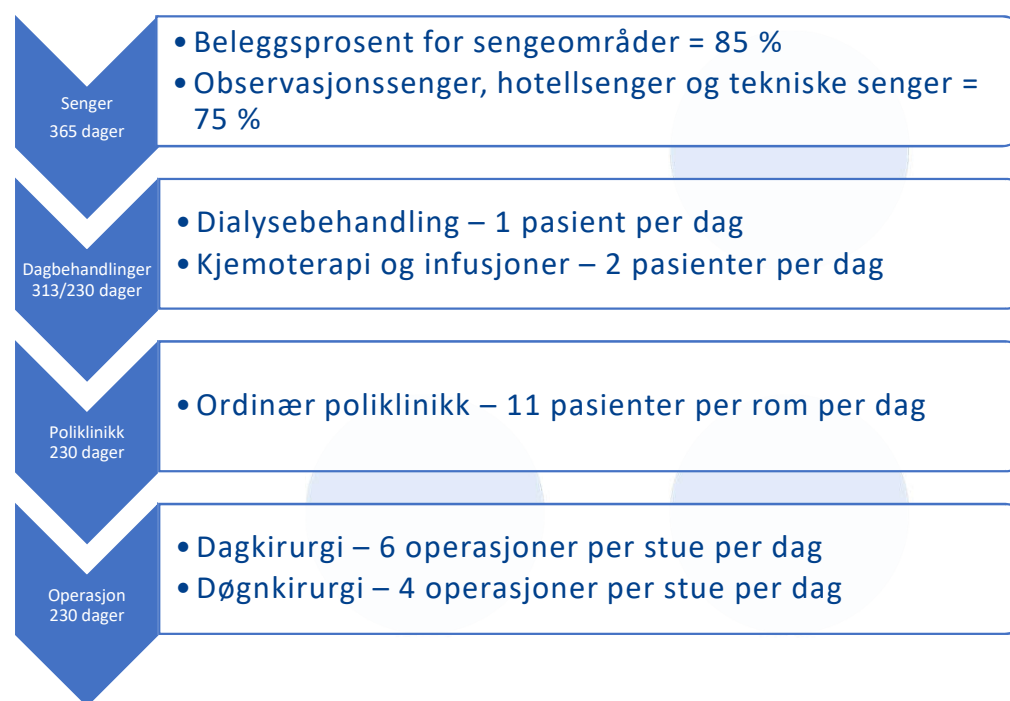
Det foreslås å bygge sykehus som har kapasitet for framtiden tilpasset lokale forhold



• Helgelandssykehuset



• Middels utnyttelsesgrad





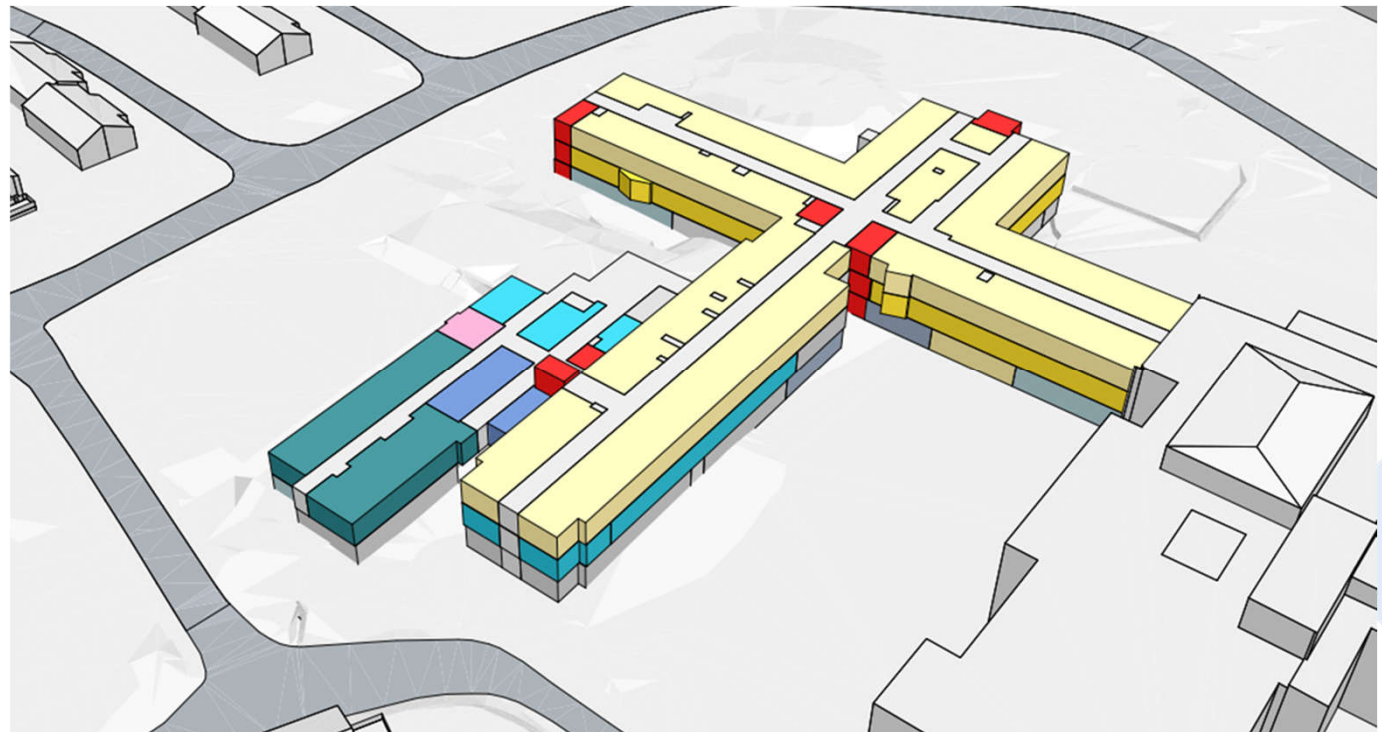
I Mosjøen planlegges en omstrukturering og ombygging som er identisk for alle de tre alternativene

Oppgradering ca. 8 800 kvm

Ingen tiltak ca. 2 800 kvm

Avviklet areal PHV/TSB: 5 500 kvm

Totalt areal ca. 11 600 kvm



Også i Mo i Rana planlegges omstrukturering, ombygging og tilbygg som er lik for de tre alternativene



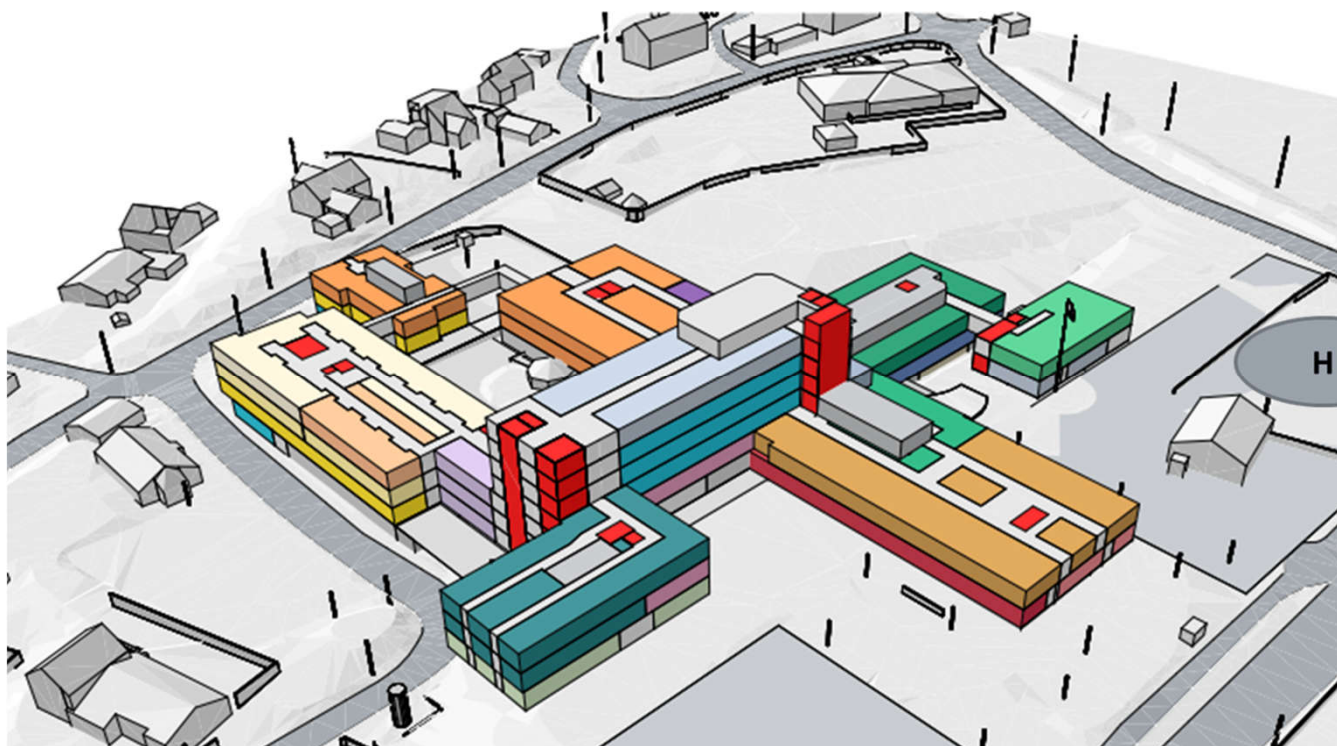
Tilbygg ca. 3 600 kvm

Oppgradering ca. 14 600 kvm

Ingen tiltak ca. 6 200 kvm

Avviklet areal PHV/TSB: 4 000 kvm

Totalt areal ca. 24 400 kvm



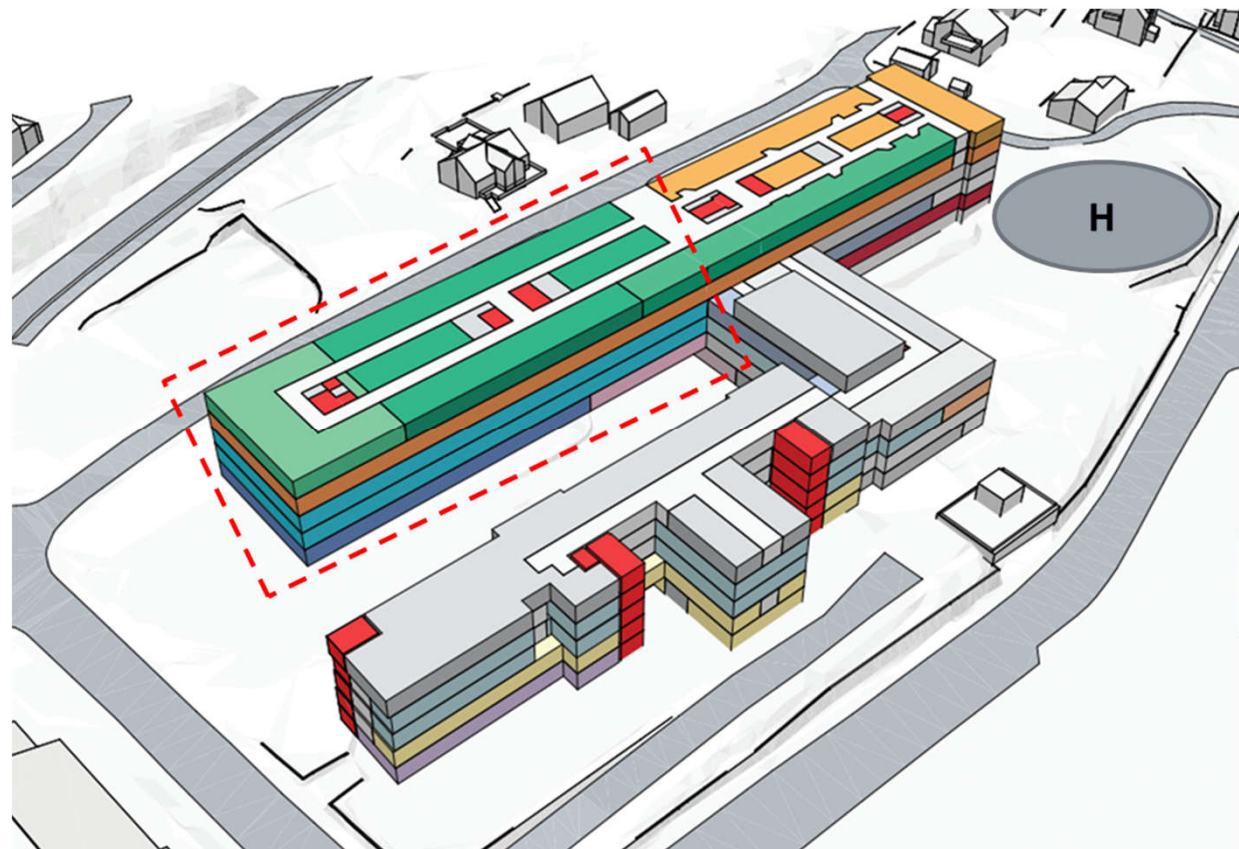
Alternativ 3 i Sandnessjøen er et nybygg i kombinasjon med oppgradering og omstrukturering av eksisterende bygningsmasse



Nybygg ca. 13 000 kvm

Oppgradering ca. 14 900 kvm

Totalt areal ca. 27.900 kvm





Styret i Helgelandssykehusets beslutning

Kvalitet

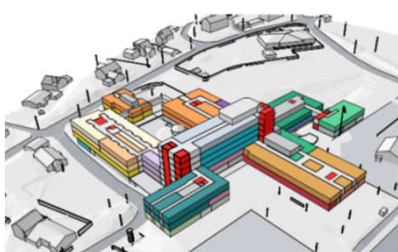
Respekt

Trygghet

Valget er alternativ 3 - et kvalitativt godt og enhetlig sykehus på tre steder



Sandnessjøen – Nybygg og ombygging
Samling somatikk og psykiatri/rus



Mo i Rana – Ombygging og nytt sengebygg
Samling somatikk og psykiatri/rus



Mosjøen – Ombygging og oppgradering
Samling somatikk og psykiatri/rus

- Ett sykehus på tre steder utviklet med tanke på å ha like prinsipper for plassering av funksjoner uavhengig av lokalisasjon
- Det er lagt til rette for samsvarende kvalitet i rom og tekniske løsninger på tvers av lokalisasjoner
- Arealene har tilstrekkelig kapasitet og er hensiktsmessig samlet for ressurseffektive tjenester
- Det er lagt til rette for samlokalisering med primærhelsetjenestene
- Løsningen legger til rette for mer integrert virksomhet mellom psykisk helse, somatikk og sykehusapotek
- Funksjoner er plassert riktig ut fra nærhetsbehov, avhengigheter og sikkerhet med god og sammenhengende pasientflyt inkludert løsninger for adkomst, heiser og heiskapasitet
- Løsningen har muligheter for gode og hensiktsmessige arealer til personalrettede funksjoner, fleksible arbeidsplasser, arealer for kompetanseutvikling og gode adkomstforhold
- Arealer for utdanning, forskning og kompetanseutvikling er lett tilgjengelige og integrerte. Det er også lagt til rette for sambruk og flerbruk av arealer



Styret i Helgelandssykehuset HF har fattet følgende vedtak

1. Styret i Helgelandssykehuset HF slutter seg til vurderingene og konklusjonene i Konseptrapport steg 1 for Nye Helgelandssykehuset (vedlegg 1).
2. Styret i Helgelandssykehuset vedtar alternativ 3 som hovedalternativ:
 - Nybygg, oppgradering og omstrukturering av dagens bygg på eksisterende sykehustomt i Sandnessjøen
 - Tilbygg, oppgradering og omstrukturering ved dagens somatiske sykehusbygg i Mo i Rana
 - Oppgradering og omstrukturering ved dagens somatiske sykehusbygg i Mosjøen
3. Styret ber administrasjonen om å videreutvikle hovedalternativet med mål om å komme innenfor rammene av økonomisk bæreevne, samtidig som en ivaretar føringene gitt i styringsdokumentet.
4. Styret ber administrasjonen om å arbeidere videre med bæreevneanalysen med den hensikt å vise muligheter for å forbedre foretakets finansielle bæreevne.
5. Styret tar rapporten «Ekstern kvalitetssikring av konseptfasen, Delrapport 1» til etterretning.
6. Styret i Helgelandssykehuset ber adm. dir. om snarlig å legge frem en plan for hvilke tilbud som skal gis i Mosjøen.

Konseptfasens steg 2 omfatter følgende hovedaktiviteter

- Utdype valgt hovedalternativ – Skisseprosjekt
- Utarbeide kalkyle, gjennomføre LCC analyser og usikkerhetsanalyse
- Analysere økonomisk bæreevne og utarbeide finansieringsplan
- Utarbeide gevinstrealiseringsplan på minimum klinikknivå
- Gjennomføre og avslutte ekstern kvalitetssikring – følge- og sluttevaluering
- Oppstart reguleringsprosess for valgt hovedalternativ
- Vurdere gjennomførings- og kontraktstrategi
- Oppdatere styringsdokument med mandat for forprosjekt
- Grunnlag for B3-beslutning iht. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* og lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet



Diskusjon

Kvalitet

Respekt

Trygghet

Struktur-vedtak



Faglig strategisk utviklingsplan

- Konkretisert fagfordeling
- Framskrivning og fordeling av kapasiteter
- Fagutvikling og integrasjon

Økonomisk bæreevne

- Beregnet vår 2021

Tomter i Sandnessjøen

- 22 foreslåtte tomter vurderte etter definerte kriterier
- Befaringer, høringer og flere styresaker
- Tre aktuelle tomter; Rishatten, Kvernåsen og eksisterende tomt



Hovedprogram

- Oppdatert framskrivning av aktivitet og demografi
- Utnyttelsesgrader
- Beregning av kapasiteter

Økonomi

- Økonomisk bæreevne beregnet 2022
- Basiskalkyle gjennomført 2022
- Usikkerhet beregnet 2022



Konseptvalg til steg 2

- Nybygg, ombygging og omstrukturering ved eksisterende sykehus i Sandnessjøen
- Tilbygg, ombygging og omstrukturering i Mo i Rana,
- Ombygging og omstrukturering i Mosjøen

Beslutningsstreken

- Poliklinisk somatikk-tilbud samlokalisert med kommunale helsetjenester i Mosjøen.
- Beregnet «dekningsgrad» for polikliniske tjenester i Mosjøen og Brønnøysund
- Beregnet overføring av kapasiteter til Mosjøen og Brønnøysund
- Forholdstall mellom intensiv-, overvåking- og normalsenger ved akuttisyrkehusene
- Implementering av observasjon- og hotellsenger ved akuttisyrkehusene
- Spesialist- og kommunehelsetjenester - samarbeid og sambruk av arealer og kapasiteter
- Sykehus, utdanning- og forskningsinstitusjoner – samarbeid og sambruk av arealer og kapasiteter
- Innspill vedrørende andre muligheter
- Muligheter for ansatte til å jobbe i både kommune og sykehus
- Pendling/ambulering

Planlagte prehospitala tiltak

Forbehold pga varslet stortingsmelding om prehospitala tjenester
(responstid, faglig innhold)

- Styrket ambulansetjeneste
 - To ekstra ambulanser i Mosjøen: 1 døgnbil alle dager og 1 dagbil på hverdager. Til sammen 5 døgnbiler og 1 dagbil i området.
 - Styrket kompetanse
- Ny ambulansestasjon for 4 ambulanser i Mosjøen
- Prehospital kompetanse- og treningscenter i Mosjøen - samtrening
- Sammen med kommunene utrede nye og alternative former for akuttberedskap, herunder «Mobil integrert helsetjeneste»
- Rutinesamarbeid og teamtrening – «Trygg akuttmedisin»