

DESEMBER 2018
SYKEHUSBYGG

EVALUERING AV RESSURSGRUPPAS ARBEID

RAPPORT



COWI

DESEMBER 2018
SYKEHUSBYGG

EVALUERING AV RESSURSGRUPPAS ARBEID

RAPPORT

OPPDRAGSNR.

A086327

DOKUMENTNR.

1

VERSJON

1

UTGIVELSESDATO

3. desember 2018 rapport

BESKRIVELSE

UTARBEIDET

OYBE, GKV

KONTROLLERT

OYBE

GODKJENT

OYBE

INNHOOLD

1	Innledning	7
2	Metodikk og begrensinger	9
3	Evaluering	10
3.1	Oppfylning av mandatet	10
3.2	Øvrige vurderinger	12
4	Samfunnsøkonomiske betraktninger	14

1 Innledning

Helgelandssykehuset har nedsatt en ekstern ressursgruppe som skal vurdere fremtidig struktur og lokalisering av Helgelandssykehuset. Gruppen ble opprettet i mai 2018, og skal levere en anbefaling om sykehusstruktur og hvilke lokaliseringer som skal utredes videre på et mer detaljert nivå. Gruppen skal anbefale tre lokaliseringalternativer, inkludert 0-alternativet. Endelig rapport skal leveres mars 2019.

Alternativene som skal vurderes skal være innenfor alternativene gitt av Helse Nord. Sykehusstrukturene som skal utredes er de såkalte 2a- og 2b1-alternativene:

- 1 0-alternativet (dagens løsning).
- 2 Alternativ 2a - Stort akuttsykehus med inntil tre DMS.
- 3 Alternativ 2b-1 Stort akuttsykehus i kombinasjon med ett akuttsykehus og inntil to DMS.

Lokaliseringene som er vurdert er de tre byene med sykehus i dag, Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i rana, samt plassering i Leirfjord og Hemnes kommune.

Ressursgruppen er gitt følgende mandat (prosjekt mål):

- > Gjennomføre en prosjekttinnramming som skal gi beslutningsgrunnlag før konseptfasen. Prosessen skal være preget av åpenhet og involvering, og metodikken skal beskrives.
- > Beskrive helsefaglige og samfunnsmessige konsekvenser, inkludert transport og tilgjengelighet, av ulike sykehusstrukturer og lokaliseringer.
- > Beskrive betydningen av demografisk utvikling, ny teknologi, samhandlingsmønstre, nye pasientroller, rekrutteringsutfordringer, nasjonale og regionale krav.

- > Lage en rapport som er basis for beslutningsgrunnlag når styret skal behandle struktur og lokalisering. Styringsdokument for konseptfasen skrives på bakgrunn av denne rapporten.

COWI har vurdert et førsteutkast til ressursgruppas rapport, og gitt tilbakemeldinger til denne. Vi har opplevd at samarbeidet har fungert bra, både overfor ressursgruppa og oppdragsgiver hos Sykehusbygg.

2 Metodikk og begrensinger

Denne evalueringen er gitt et mandat med tre oppgaver:

- > Den første oppgaven er å vurdere om ressursgruppa har oppfylt mandatet den ble gitt, at det ikke er faktafeil i rapporten og at kildene er brukt riktig.
- > Den andre oppgaven er å se om arbeidsformen oppfyller krav og ønsker til arbeidsprosessen.
- > Til sist skal vi gjøre noen overordnede samfunnsøkonomiske betraktninger knyttet til sykehusvalgene.

COWI har hatt tilgang til et førsteutkast til ressursgruppas rapport, og har gått igjennom argumentasjonen og kildematerialet. COWI sitt arbeid er primært gjennomført gjennom å gi kommentarer til en foreløpig rapport. Disse er gitt ved "spor endring" i rapporten, samt enkelte muntlige kommentarer. Kildene er sjekket der de er åpent tilgjengelig.

Kommentarene er gjennomgått i møter med ressursgruppa. Det er imidlertid opp til ressursgruppa å ta hensyn til/følge opp kommentarene i sin rapport. Vurderinger, vektlegging av ulike forhold og konklusjoner er ressursgruppa ansvarlig for.

COWI har heller ikke vurdert de helsefaglige forholdene i rapporten.

3 Evaluering

COWI mottok et førsteutkast til ressursgruppas rapport 11. oktober 2018.

Rapporten var på 61 sider, og starter med en innledning og en beskrivelse av utviklingstrekk og utfordringer. I kapittel 3 vurderes Helgelandssykehusets fremtid i lys av nasjonal helse- og sykehusplan sammen med befolkningsgrunnlaget.

Kapittel 4 tar for seg transport. Med utgangspunkt i tidligere utredninger viser de at ulike innfallsvinkler kan gi ulike svar på lokalisering av sykehuset. Arbeidsreiser, pasientreiser, prehospitaltjenester og akutte situasjoner er vurdert.

Rekruttering er en viktig utfordring for sykehusene. Kapittel 5 ser på hvordan lokalisingsvalget kan påvirke rekruttering og stabilisering av helsepersonell.

3.1 Oppfylging av mandatet

Mandatet er som nevnt delt i fire. Her vurderes de enkeltvis. Det første prosjektmålet i mandatet er:

1. Gjennomføre en prosjektinnramming som skal gi beslutningsgrunnlag før konseptfasen. Prosessen skal være preget av åpenhet og involvering, og metodikken skal beskrives.

Prosessen så langt oppfyller kriteriene om åpenhet. Det ble avholdt dialogmøte 25. september 2018 i Mo i Rana. Del 1 av dialogkonferansen var en intern del med ansatte, tillitsvalgte og brukerrepresentanter. Del 2 av konferansen var for representanter fra kommunene. Innspillene fra konferansen er tatt inn i prosessen. Alle innspill som var sendt til Helgelandssykehuset før 8. oktober 2018 har blitt videresendt til ressursgruppa og publisert på nett.

Det skal på holdes ny dialogkonferanse 3. desember 2018, der et utkast til ressursgruppas rapport skal presenteres. Denne konferansen skal også "streames", slik at befolkningen kan følge med på internett.

Etter dialogkonferansen 3. desember 2018 skal rapporten ut på høring, slik at berørte kan gi innspill før den endelige konklusjonen av ressursgruppas arbeid foreligger i mars 2019. Denne høringsrunden bidrar til å oppfylle kravene om åpenhet.

2. Beskrive helsefaglige og samfunnsmessige konsekvenser, inkludert transport og tilgjengelighet, av ulike sykehusstrukturer og lokaliseringer.

Ressursgruppa har tatt utgangspunkt i tidligere utredninger av sykehusstruktur og lokalisering på Helgeland. Rapporten går igjennom både helsefaglige og samfunnsmessige konsekvenser av de ulike valgene.

Rapporten til ressursgruppa er mer overordnet enn tidligere utredninger. Den samler og sammenlikner hovedfunnene fra de tidligere utredningene, uten selv å presentere mye detaljert statistikk og grafer. Det gjør rapporten mer lettlest, og det er enklere å se sammenhengen mellom analyse og konklusjon. Rapporten kan således oppleves som mer tilgjengelig også for grupper uten spesielle forutsetninger for å forstå faganalyser enn det tidligere utredninger har vært.

Ressursgruppa har beskrevet transportutfordringer i forbindelse utvikling av sykehusstilbudet på Helgeland. I den sammenheng har de innledningsvis beskrevet forventet utvikling av det prehospitalet tilbudet i forhold til bilambulansetjenesten, båtambulansetjenesten, luftambulansetjenesten, teknologi og kompetanse.

Deretter er transporttider i akutte situasjoner vurdert. Rapporten påpeker at det ikke er forskjell i responstid og omsorgstid mellom de ulike lokaliseringene. Men tiden det vil ta å få pasienten til sykehuset vil generelt øke med ett sentralisert sykehus sammenliknet med dagens situasjon. Dette må avveies mot de helsemessige fordelene ved å ha et større sykehus. Det er påpekt at forskjellene i gjennomsnittlige transporttider til sykehus mellom de ulike lokaliseringene ikke er store gitt de usikkerhetene som ligger i tallene i de foreliggende utredningene.

Ressursgruppa har sett på tidligere vurderinger av reisetider og har i tillegg vurdert arbeidsreiser spesielt. Lengden på arbeidsreisene vil avhenge av hvor de sykehusansatte vil bosette seg i forhold til sykehuset de er ansatt på.

Av samfunnsmessige konsekvenser har ressursgruppa vurdert trafikale forhold og rekruttering. Her er det en gjennomgang av hvordan ulike forhold påvirker bostedsattraktiviteten til et sted.

Ressursgruppa har beskrevet temaene gitt i mandatet.

3. Beskrive betydningen av demografisk utvikling, ny teknologi, samhandlingsmønster, nye pasientroller, rekrutteringsutfordringer, nasjonale og regionale krav.

Kapittel 2 i rapporten tar for seg sentrale utviklingstrekk og utfordringer for helsetilbudet på Helgeland. Dette kapitlet rammer inn de øvrige analysene, og viser til både demografisk og teknologisk utvikling.

Ressursgruppens rapport går igjennom den demografiske utviklingen, og ser på befolkningsframskrivinger mot 2040. De viser de til dels alvorlige utfordringene Helgeland står ovenfor, og potensielle negative konsekvenser det kan ha for helsesektoren. Demografiske tall er hentet fra Statistisk sentralbyrå.

Rapporten går igjennom krav i nasjonal helse- og sykehusplan, og viser hvordan de ulike sykehusmodellene er egnet til å oppfylle disse. Utvikling innen teknologi og helsevesen er belyst tidlig i rapporten.

Det vies betydelig oppmerksomhet til rekrutteringsutfordringer i rapporten. En rekke ulike faktorer som påvirker rekruttering blir gjennomgått og analysert, og det er et rikelig kildemateriale som ligger til grunn for analysene.

Det kan dermed konkluderes med at ressursgruppas rapport beskriver relevante utviklingstrekk på en tilfredsstillende i måte.

4. Lage en rapport som er basis for beslutningsgrunnlag når styret skal behandle struktur og lokalisering. Styringsdokument for konseptfasen skrives på bakgrunn av denne rapporten.

Rapporten fra ressursgruppa er konsis, konsistent og tydelig. Det er klare anbefalinger som hviler på gjennomgang av innhentet materiale. Både sykehusstruktur og lokalisering er beskrevet og analysert. Rapporten kommer med tydelige anbefalinger. Sammen med de tidligere analysene foreligger det nå et fundament før styringsdokumentet med planprogram kan utarbeides.

En foreløpig rapport skal legges frem 3. desember 2018, og deretter blir det en høringsrunde før endelig rapport legges frem i mars 2019. Det er planlagt at ressursgruppa skal vurdere innspillene i høringsrunden før endelig rapport leveres. Slik får berørte parter anledning til å si sin mening før den endelige konklusjonen fra ressursgruppa foreligger.

Rapporten gir et utgangspunkt for den videre beslutningsprosessen. Ressursgruppa består av kompetente medlemmer. Den har tatt inn informasjon fra tidligere utredninger, og har gjennomført selvstendige vurderinger der de har sett behov for det. Gjennom høringsrunden skal ressursgruppa gå igjennom alle innspillene og vurdere konklusjonen på ny i lys av disse. Dette skal innarbeides i rapporten som kommer i mars 2019, og det er denne rapporten som vil danne beslutningsgrunnlaget for styrene i Helse Nord og Helgelandssykehuset.

3.2 Øvrige vurderinger

Vurdering av arbeidsform

COWI fikk i oppdrag av Sykehusbygg å evaluere ressursgruppas arbeid, i september 2018. Oppdraget er utført i oktober, og avsluttes med dialogkonferansen i Mosjøen 3. desember 2018.

Oppdraget startet med et oppstartsmøte, der også ressursgruppa var representert. COWI fikk deretter et utkast til rapporten til gjennomlesing. Merknader, forslag til endringer og kommentarer ble lagt inn i dokumentet med spor endring, og returnert til ressursgruppa.

Deretter ble det avholdt to møter med evalueringsteamet og medlemmer av ressursgruppa. Det første møtet dreide seg om helheten i rapporten, mens det andre gikk mer på faglige vurderinger i kapittel 4 og 5, med unntak av helsefaglige problemstillinger.

De fleste av kommentarene har vært knyttet til presisjonsnivå, formuleringer og tydeliggjøring av konklusjonene, samt en anbefaling om å øke den geografiske nøyaktigheten enkelte steder i analysen.

Ressursgruppa har stått fritt til å innarbeide kommentarer underveis, og evalueringsteamet har ikke lest igjennom det siste utkastet som presenteres 3. desember 2018.

Vår vurdering er at samarbeidet har fungert godt, og vi har ikke opplevd at det er lagt noen føringer på arbeidet COWI har gjort.

Geografisk presisjon i lokaliseringalternativene

Det er fem ulike alternativer for lokalisering som er vurdert. Disse ligger i fem forskjellige kommuner, og kun tre av dem har sykehus i dag. Felles for kommunene er at de er store i geografisk utstrekning. Dermed kan plassering innad i kommunene ha innvirkning på analysene, spesielt de transportfaglige.

For de tre kommunene som i dag har sykehus er alternativene som er vurdert dagens sykehusomt. Dette kan være upresist, dersom også andre alternativer innenfor dagens sykehuskommuner skal vurderes. For eksempel kan et sykehus rett sør for sentrum i Mo i Rana ligge nærmere transporttyngdepunktet på Helgeland enn det dagens tomt gjør. Tilsvarende vil kanskje en tomt nord for Mosjøen sentrum ligge nærmere transporttyngdepunktet enn det dagens tomt i Vefsn kommune gjør.

For kommunene uten sykehus, Hemnes og Leirfjord, vil analysene bli påvirket av plasseringen i disse kommunene. I tidligere analyser er det tatt utgangspunkt i kommunesentrene, Korgen og Leland. Men det er mulig å se for seg andre plasseringer i begge disse kommunene.

Det er derfor viktig med et høyt geografisk presisjonsnivå i de videre analysene.

4 Samfunnsøkonomiske betraktninger

Etter ressursgruppas anbefalinger skal styrene i Helgelandssykehuset og Helse Nord beslutte videre prosess. Det skal utarbeides et planprogram som bestemmer temaene for de to konsekvensutredningene (KU), og disse vil vurdere alternativene mer detaljert. Den første konsekvensutredningen vil vurdere alternativene i et regionalt perspektiv. Den andre vil vurdere lokale konsekvenser, og her vil selve tomtevalget viktig for vurderingene.

Det er flere fagområder innen samfunnsmessige virkninger som ikke har vært del av ressursgruppas mandat. Blant disse temaene, som skal vurderes utredet videre i konsekvensutredningene, er klimaeffekter, folkehelse, regionale effekter og andre samfunnsmessige virkninger. I den andre KU-en kan også vurderinger av konsekvenser for f.eks. naturmangfold, kulturminner, landbruk, samisk naturressursgrunnlag, grunnforhold, ROS-analyse, kostnadsbilde og landskap inkluderes.

I slike utredninger vil man normalt sammenlikne med et 0-alternativ, som representerer dagens struktur. Dersom man skal vurdere en endring fra tre sykehus til ett stort akuttsykehus, vil nødvendigvis (minst) to steder miste sykehus i byen sin. Disse byene vil miste arbeidsplasser, noe som kan gi en betydelig negativ konsekvens for disse stedene.

Dette kalles gjerne fordelingseffekter, og går under kategorien "andre samfunnsmessige virkninger". Slike analyser har ikke vært en del av ressursgruppas mandat, men bør vurderes som tema i konsekvensutredningen.

I dag er det flere hundre arbeidsplasser ved Helgelandssykehuset både i Mo i Rana, i Sandnessjøen og i Mosjøen. I alle de tre byene er sykehuset blant byens viktigste arbeidsplasser. Å miste sykehuset vil bety flytting av mange av disse arbeidsplassene. Det vil påvirke attraktiviteten og befolkningsveksten fremover. Sett i lys av de demografiske utfordringene i regionene, kan disse negative effektene være betydelige.

Et sykehus gir i tillegg ringvirkninger. Både gjennom underleverandører, men også gjennom de ansattes bruk av penger lokalt. Bortfall av sykehus vil også bety at slike ringvirkninger forsvinner der sykehus blir nedlagt.

Det er viktig å definere innholdet i DMS-ene i det videre arbeid. Dersom en by mister sykehuset, men i stedet får et DMS, vil det være viktig å vite hva dette DMS-et skal inneholde i de videre utredningene. Dette vil påvirke både de helsefaglige analysene og i vurderinger av fordelingseffekter.

Det bør vurderes å inkludere slike fordelingseffekter i de videre analysene.