

Møtedato: 22. september 2016
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
Haug/Rolandsen, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 14.9.2016

Styresak 105-2016 Helgelandssykehuset 2025 - utredning av alternativer

Saksdokumentene var ettersendt.

Formål

Herved legges frem en oppfølging av *styresak 136-2015 Helgelandssykehuset 2025 - idéfase, mandat* (styremøte 16. desember 2015) etter at styret i Helgelandssykehuset HF har behandlet saken.

Styret i Helse Nord RHF gjorde følgende vedtak:

1. *Styret i Helse Nord RHF godkjenner mandat Utredning idéfase Helgelandssykehuset 2025 for utredningen av det fremtidige tjenestetilbudet for spesialisthelsetjenesten på Helgeland med den endringen i fremdriftsplanen som kom frem under behandling av saken.*
2. *Styret ber adm. direktør innen juni 2016 legge frem en styresak om hvilke alternativer som skal utredes videre i idéfasen, samt hvilke kriterier lokaliseringalternativene skal vurderes mot.*
3. *Styret ber adm. direktør rapportere utviklingen i prosjektet hvert tertial.*

Mandat til styret i Helgelandssykehuset

I mandat for videre utvikling av Helgelandssykehuset la styret i Helse Nord RHF til grunn at følgende alternativer skal utredes:

1. "Nullalternativ" - fortsette som før, jfr. krav til alle utredningsprosesser.
2. Ett komplett sykehus (sengesykehus) for hele Helgeland og spesialisttilbud i inntil 3 lokalmedisinske sentra (LMS) ved dagens sykehuslokalisasjoner. Sykehuset tilsvarer **stort akutt sykehus** i St.mld. 11 (2015-2016) Nasjonal Helse- og sykehusplan.
3. All sykehusvirksomhet på Helgeland samles i ett sykehus.

Utdyping av alternativ 2

I alternativ 2 skal det utredes ett komplett sykehus med akutfunksjoner med døgnkontinuerlig beredskap i både indremedisin, generell kirurgi og anestesi (omtalt som "sengesykehus"), med inntil tre lokalmedisinske sentre (LMS) lokalisert til dagens sykehus og i tillegg ett LMS i Brønnøysund. Andre kombinasjoner kan også vurderes.

For alternativ 2 skal også behovet for et indremedisinsk akuttpsykehus ved én eller flere av de desentraliserte lokasjoner vurderes. Lokalisering av det nye Helgelandssykehuset vil påvirke dette behovet. Indremedisinsk akuttpsykehus tilsvarer **akuttpsykehus** i St.mld. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan.

Utdyping av alternativ 3

I alternativ 3 skal det utredes ett sykehus som ivaretar all somatisk spesialisthelsetjeneste på Helgeland.

Psykisk helsevern (PHV) og rus

Utredningen av alternativene skal også inkludere psykisk helsevern og rus. Det betyr at en i:

- *Alternativ 2* skal kunne lokalisere tjenester både ved det komplette sykehuset og ved lokalmedisinske sentre (Distriktpsikiatrisk senter - DPS).
- *Alternativ 3* vil innebære at all virksomhet også innenfor PHV og rus samles ett sted.

Status

Helgelandssykehuset HF har i samarbeid med Sykehusbygg HF fulgt opp arbeidet. Det er gjort simuleringer for ulike alternativ som grunnlag for å treffe beslutninger for hva som skal utredes videre.

Innenfor mandatet er det skissert seks ulike kombinasjoner av struktur i tillegg til 0-alternativet (se vedlegg 1).

Med bakgrunn i simuleringer av befolkningsutvikling og behov, aktivitetsgrunnlag og kapasitetsberegning, ble det foreslått at tre alternativer legges til side og ikke utredes videre. Ett stort akuttpsykehus uten DMS (alternativ 3) avviker fra Nasjonal helse- og sykehusplan og samhandlingsreformen, og ble heller ikke foreslått videre utredet.

Adm. direktør i Helgelandssykehuset HF fremmet i *styresak 62-2016 Helgelandssykehuset 2025 - alternativer som utredes videre* (styremøte Helgelandssykehuset HF 31. august 2016) følgende forslag til vedtak:

Styret vedtar, på bakgrunn av simulering og alternativsøk, at følgende alternativ utredes videre:

- *0-alternativet (dagens løsning)*
- *Alternativ 2a - Stort akuttpsykehus med inntil tre DMS*
- *Alternativ 2b-1 Stort akuttpsykehus i kombinasjon med akuttpsykehus og inntil 2 DMS*

Styret i Helgelandssykehuset HF fattet følgende vedtak i denne saken:

Styret vedtar, på bakgrunn av simulering og alternativsøk, at følgende alternativ utredes videre:

- *0-alternativet (dagens løsning)*
- *Alternativ 2a - Stort akuttsykehus med inntil tre DMS*

Vedtaket ble fattet med seks mot fem stemmer.

Protokolltilførsel fra ansattevalgt styremedlem Anders Stokka Ringkjøp - som følger:
Primært ber undertegnede at det jobbes videre med det formål at det fortsatt skal være tre sykehus lokalisert i Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana, med den medisinske og kirurgiske beredskap som finnes i dag. Dette vil medføre en betydelig opprustning på alle tre lokasjoner. Det forutsettes at 0-alternativet så vel som andre aktuelle alternativer skal være økonomisk bærekraftig og oppfylle medisinsk faglige krav.

Medbestemmelse

Brukerutvalget i Helgelandssykehuset HF er holdt løpende orientert om prosjektet gjennom sin representasjon i styringsgruppen. Brukerrepresentant blir også involvert i arbeidsgruppene. Leder for brukerutvalget har møte- og talerett i styret i Helgelandssykehuset HF.

Saken er drøftet med tillitsvalgte i Helgelandssykehuset 30. august 2016. Tilbakemeldingene fra fagforeningene er som følger (sitat):

- *Det må beskrives hvilke konkrete medisinskfaglige kriterier man henviser til når man avviser forslag om å vurdere Hemnes kommune og Leirfjord kommune som aktuelle for lokalisering av sykehus.*
- *NITO synes det er beklagelig at administrerende direktør i HSYK HF blir uanmeldt fraværende fra drøftingsmøtet med de tillitsvalgte, et møte som arbeidsgiver selv har innkaldt til. De tillitsvalgte forsøker etter beste evne å delta på møtene med foretaksledelsen, men episoder som dette gjør det problematisk for de tillitsvalgte å planlegge arbeidsdagen». NITO ber om en skriftlig og utdypende redegjørelse, med konkrete henvisninger til regelverk, for premissene som ligger til grunn for at Hemnes og Leirfjord forkastes som alternative kommuner for plassering av nytt sykehus på Helgeland».*
- *NITO mener at fristen for å sette seg inn i saksdokumentene til dette drøftingsmøtet har vært for kort gitt mengden og viktigheten denne sak omhandler. NITO mener at drøfting av denne saken må utsettes slik at de tillitsvalgte får den tiden de trenger til å sette seg godt inn i dokumentene.*

Adm. direktørs vurdering

Beslutning om sykehusstruktur har stor betydning for helsetjenestetilbudet til befolkningen, stor betydning for lokalsamfunn, og får potensielt store konsekvenser for drift og kostnader ved helseforetaket.

Av denne grunn er det særlig viktig å ha et godt grunnlag for beslutninger som tas. Alternativ må utredes så langt at det er mulig på et godt faglig, økonomisk og samfunnsmessig grunnlag å vurdere hvilke alternativ som utredes videre og hvilke som kan legges til side.

Helsedirektoratets veileder IS-1369 *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter* gir føringer på at det bør utredes tre til fire alternativer inklusiv 0-alternativet.

Saken ble også behandlet i foretaksmøtet mellom Helse Nord RHF og Helse- og omsorgsdepartementet 17. november 2015. I protokollen fra foretaksmøtet (sak 3) heter det bl.a. følgende:

Foretaksmøtet la til grunn at styret i Helse Nord i det videre planarbeidet og i mandat for idéfasearbeidet legger til grunn nasjonale helsepolitiske føringer. Foretaksmøtet vil også peke på at et vellykket resultat av de videre prosessene er avhengig av en fortsatt god og aktiv medvirkning lokalt.

Foretaksmøtet vedtok: Foretaksmøtet viser til styret i Helse Nord RHF sin behandling av sak 52-2015 Helgelandssykehuset HF - utviklingsplan 2025 og godkjenner at Helse Nord RHF utarbeider mandat for idéfasearbeidet som innebærer at sykehusstrukturen i Helgelandssykehuset HF kan endres.

På den annen side er det ikke ønskelig å utrede alternativ som ikke fyller kravene til et framtidig spesialisthelsetilbud på vesentlige områder.

Helgelandssykehuset HFs styre har gjennom sitt vedtak søkt å redusere antall alternativer, som skal utredes videre, på et tidlig stadium i prosessen. De anbefaler Helse Nord på dette tidspunkt å gi klarsignal for at bare ett alternativ, i tillegg til dagens organisering, skal utredes videre.

Adm. direktør tilrår at det gis tilslutning til at alternativet med ett sykehus som ivaretar alle funksjoner ikke utredes videre. Med intensjonene som ligger i vedtaket av Nasjonal helse- og sykehusplan, kombinert med avstandene på Helgeland, er dette et alternativ som ikke vil gi den nødvendige tilgjengelighet for befolkningen. Nasjonal helse- og sykehusplan legger opp til en fortsatt desentralisert og differensiert sykehusstruktur i Norge ved at funksjoner skal samles, når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentraliseres når det er mulig - for å gi et bredest mulig tilbud i nærmiljøet.

I følge mandatet gitt av Helse Nord RHF i styresak 136-2015 skal behovet for akuttisykehus vurderes. Dette er også i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Utredningene som foreligger til nå, gir ikke faglig og planleggingsmessig grunnlag for å ekskludere alternativet som innebærer ett stort akuttsykehus og én eller flere lokalisasjoner med akuttsykehus og en eller flere lokalmedisinske sentre.

Adm. direktør tilrår derfor at alternativ *2b-1 Stort akuttsykehus i kombinasjon med akuttsykehus og inntil 2 DMS* fortsatt skal inngå i utredningen.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Helse Nord RHF viser til *styresak 136-2015 Helgelandssykehuset 2025 - idéfase, mandat* (styremøte Helse Nord RHF 16. desember 2016) og til behandling av *styresak 62-2016 Helgelandssykehuset 2025 - alternativer som utredes videre* (styremøte Helgelandssykehuset HF 31. august 2016) og ber om at følgende alternativ for sykehusstruktur på Helgeland 2025, utredes videre:

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

Bodø, den 14. september 2016

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg:

1. Styresak 62-2016 Helgelandssykehuset 2025 - alternativer som utredes videre (Helgelandssykehuset HF)
2. Vedlegg 1 til styresak 62-2016 - SG-sak 19/16 Sammenstilling simulering alternativsøk (Helgelandssykehuset HF)
3. Vedlegg 2 til styresak 62-2016 - Simulering alt. 2b-2, 2b-3 og 3

Styresak 62/2016: Helgelandssykehuset 2025 – alternativer som utredes videre

Møtedato: 31.08.16

Møtested: Scandic Syv Søstre, Sandnessjøen

Formål med saken:

Vedta hvilke alternativer som skal utredes videre i 2025-prosjektet.

Bakgrunn:

Styret i Helse Nord har i styresak 136-2015 gitt Helgelandssykehuset i oppdrag å utrede videre alternativ **2** og **3** fra Utviklingsplanen med tanke på å beslutte framtidig organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet på Helgeland. Mandatet krever også at Helgelandssykehuset i det videre utredningsarbeidet tar med **0-alternativet** (dagens løsning), samt inkluderer de føringene som kom i Nasjonal helse og- sykehusplan (november 2015) i et utvidet alternativsøk. Føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan og mandatet fra Helse Nord tilsier at en kombinasjon av stort akuttssykehus, akuttssykehus og DMS er innenfor rammene for prosjektet (**alternativ 2b**).

- 0-alternativet = dagens løsning
- Alternativ 2a = Stort akuttssykehus med inntil 3 DMS
- Alternativ 2b = Stort akuttssykehus, 1-2 desentraliserte akuttssykehus, inntil 2 DMS
- Alternativ 3 = Stort akuttssykehus som ivaretar all spesialisthelsetjeneste på Helgeland.

DEFINISJONER:



Stort akuttssykehus har et befolkningsgrunnlag på minst 60-80 000 innbyggere og et bredt tilbud innen akuttkirurgi og andre medisinske spesialiteter.



Akuttssykehus skal minst ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig



Distriktsmedisinsk senter (DMS) Helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med et sykehus om tjenester, enten før eller etter sykehusbehandling. Tjenester ved DMS kan også erstatte behandling på sykehus.

Helgelandssykehuset følger Helsedirektoratets veileder for tidligfase i sykehusprosjekter. Veilederen presiserer at idéfasen skal starte med et utvidet alternativsøk - å se nærmere på varianter av de ulike alternativene. Styringsgruppa for Helgelandssykehuset 2025 vedtok i sak SG14.16 at utvidet alternativsøk skulle omfatte alternativene som framkommer i tabellen i vedlegg 1, og at det skulle gjøres en enkel simulering før saken nå legges fram for styret i Helgelandssykehuset.

Sykehusbygg har gjennomført en enkel simulering. På bakgrunn av denne anbefaler styringsgruppen at følgende alternativer legges til side og **ikke utredes videre**:

- Alternativ 2b-2 (1 stort akuttisykehus, 2 akuttisykehus, 1 DMS)
- Alternativ 2b-3 (2 akuttisykehus, 2 DMS)
- Alternativ 3 (1 stort akuttisykehus, ingen DMS)

Simuleringen viser at ett stort akuttisykehus uten DMS avviker fra Nasjonal helse- og sykehusplan og samhandlingsreformen. Nasjonal helse- og sykehusplan sier at funksjoner skal samles når det er nødvendig, men samtidig desentraliseres når det er mulig. Desentraliserte spesialisthelsetjenester skal videreutvikles for å gi gode tjenester i nærmiljøet og helhetlige pasientforløp. Alternativ 3 er derfor ikke ønskelig eller gjennomførbart.

Vedlegg 1 og 2 viser nærmere hvilke observasjoner som ble gjort under simuleringen.

VEDTAKSFORSLAG:

Styret vedtar, på bakgrunn av simulering og alternativsøk, at følgende alternativ utredes videre:

- 0-alternativet (dagens løsning)
- Alternativ 2a – Stort akuttisykehus med inntil tre DMS
- Alternativ 2b-1 Stort akuttisykehus i kombinasjon med akuttisykehus og inntil 2 DMS

Per Martin Knutsen
Administrerende direktør

Saksbehandlere: Bjørn Bech-Hanssen

Vedlegg 1: SG-SAK 19/16

Vedlegg 2: Simulering av alternativ 2b-2, 2b-3 og 3

SG-SAK 19/16
Sammenstilling simulering og alternativsøk.
Forslag til vedtak:

Alternativ 0, 2a og 2b-1 utredes videre.

Alternativ 2b-2, 2b-3 og alternativ 3 foreslås tatt ut av videre vurdering.

Oppsummering:

Det vises til saksutredning og bakgrunn.

Under følger en oversikt over de ulike alternativene som ble fremlagt i SG14.16.

Alternativer iht mandat (ikke korrigeret for definisjoner i NHP)	Utvidet alternativsøk	Kommentar
0-alt	Ingen tilleggs alternativer	
Stort akuttssykehus med inntil 3 LMS/DMS	Omfang og innhold i DMS'ene kan variere i de ulike alternativene.	
Stort akuttssykehus 1-2 desentrale akuttssykehus indremedisin Inntil 2 LMS/DMS	2b-1 Stort akuttssykehus 1 akuttssykehus Inntil 2 DMS	
	2b-2 Stort akuttssykehus 2 akuttssykehus 1 DMS	
	2b-3 2 akuttssykehus Inntil 2 DMS	
	2b-4 2 store akuttssykehus 1 akuttssykehus 1 DMS	Tilsvaret utviklingsplanens alt 1. Besluttet ifm utviklingsplanen å utgå som alternativ.
Stort akuttssykehus som ivaretar all spesialisthelse-tjeneste på Helgeland.	Ingen tilleggs alternativer	

Saksutredning/bakgrunn:

Det vises til vedtak for styringsgruppesak SG14.16 «Utvidet alternativsøk»:

«Styringsgruppen vedtar at oversikten over alternativer som fremkommer i møtet kan legges til grunn for styrets behandling i august 2016. Alt 2b-2, 2b-3 og 3 vurderes lagt til side og ikke utredet fullt ut. Før dette gjøres må det utføres en enkel simulering som underbygger valget. Legges frem for styringsgruppen i august 2016.»

Det vises til vedlegg. Saken presenteres i møtet av Sykehusbygg HF.

Under følger noen observasjoner:

Alternativ 2b-2: (1 stort akuttsykehus, 2 akuttsykehus, 1 DMS)

- Omfatter en funksjonsfordeling i forhold til dagens situasjon (0-alternativet) der akuttkirurgi og føde er samlet på ett sted. Akuttmedisin er spredt på 3 steder.
- Generelt liten aktivitet på dagkirurgien på alle 3 sykehusene.
- Liten aktivitet på døgnkirurgien på akuttsykehusene.
- Stor spredning av pasientgrunnet med konsekvens for stort akuttsykehus. 2 akuttsykehus blir i tillegg små.
- Ingen konsekvenser i forhold til samlede volum på døgn- og dagbehandling i forhold til dagens situasjon.
- Konsekvenser med redusert sykehusaktivitet på poliklinikk grunnet 1 DMS.
- Spredning av fagmiljø med konsekvenser for rekruttering.
- Sammenliknbart med alternativ 1 i utviklingsplanen, dyrere mht investering og drift.

Alternativ 2b-3 (2 akuttsykehus, 2 DMS)

- Som grunnlag for simuleringen er det lagt til grunn ingen akuttkirurgi eller fødetilbud i akuttsykehuset. Nasjonal helse- og sykehusplan åpner opp for akuttkirurgi i et akuttsykehus hvis bosetningsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt-, og luftambulansetjenester og værforhold gjør dette nødvendig. For Helgeland vil dette innebære en todeling av akuttkirurgien fordelt på to akuttsykehus med et befolkningsgrunnlag på ca. 35.000 per sykehus. Dette avviker med Nasjonal helse- og sykehusplan sine forutsetninger om pasientgrunnet for et stort akuttsykehus som bør være minst 60-80.000 innbyggere. Pasientgrunnet er lite for å få til et bredt tilbud innenfor akuttkirurgi og andre medisinske spesialiteter.
- Omfatter økt aktivitet og endret funksjonsfordeling utenfor Helgelandssykehuset og redusert innenfor Helgelandssykehuset.
- Akuttsykehusene blir noe større enn i alt 2b-2 grunnet at stort akuttsykehus ikke er med.

Alternativ 3 (1 stort akuttsykehus, ingen DMS)

- All aktivitet samlet ett sted.
- Ingen desentrale tilbud hverken innenfor somatikk eller psykisk helsevern og rus.
- Avviker med Nasjonal helse- og sykehusplan og Samhandlingsreformen.

Sykehusbygg HF, 15.08.2016

Vigdis Hartmann
Prosjektleder

Elektronisk godkjent uten signatur

Vedlegg:

- 160822 SG19.16. Vedlegg. Simulering alternativ 2b-2, 2b-3 og 3, juli 2016.



Helgelandssykehuset



2025

Simulering av alternativ 2b-2, 2b-3 og 3

Juli 2016

Forutsetninger – enkel simulering somatisk sektor

- Akuttsykehus har ikke:
 - Ø-hjelpsopphold i kirurgisk DRG
 - Fødsler
 - Kreftkirurgi
 - Protese kirurgi
 - Utvalgte prosedyrer gastrokirurgi
- Har **ikke** inkludert hjemhentede gjestepasienter i simuleringen
- DMS-aktiviteten
 - DMS Brønnøysund er alltid med dersom DMS (trekkes fra generelt, ikke geografisk)
 - Bruker gjennomsnitt-DMS dersom flere DMS-er

Ikke geografisk tilnærming her

- Når det er snakk om flere akuttsykehus har vi laget dem like store
- Når det er snakk om Flere DMS-er har vi benyttet DMS Brønnøysund og gjennomsnittlig DMS-størrelse på tilleggs-DMS
 - Har basert aktiviteten på konsultasjoner per innbygger i DMS Brønnøysund når vi har laget gjennomsnitts-DMS-et

Alternativ 2b-2 - Aktivitetsgrunnlag

- 1 stort akutt sykehus
- 2 akutt sykehus
- 1 DMS (DMS Sør-Helgeland)

Aktivitet	Stort akutt-sykehus	Akutt-sykehus 1	Akutt-sykehus 2	DMS Brønn-øysund	Sum
Døgnopphold 2014	4 585	2 915	2 915	0	10 414
Døgnopphold 2030	4 981	3 102	3 102	0	11 186
Lgdgn 2014	19 292	11 462	11 462	0	42 216
Lgdgn normalseng 2030	17 435	10 532	10 532	0	38 499
Lgdgn observseng 2030	796	575	575	0	1 945
Lgdgn pashotell 2030	2 019	826	826	0	3 670
Dagopphold 2014	1 600	1 494	1 494	0	4 588
Dagopphold 2030	2 521	2 327	2 327	0	7 175
Polikliniske kons 2014	25 110	25 105	25 105	7 843	83 164
Polikliniske kons 2030	32 132	32 126	32 126	10 788	107 173
Døgnopph i kir DRG 2014	1 509	371	371	0	2 250
Døgnopph i kir DRG 2030	1 634	340	340	0	2 314
Dagopph i kir DRG 2014	903	797	797	0	2 496
Dagopph i kir DRG 2030	1 453	1 238	1 238	0	3 929

Alternativ 2b-2 – Aktivitetsgrunnlag prosentandel

Aktivitet	Stort akutt-sykehus	Akutt-sykehus 1	Akutt-sykehus 2	DMS Brønn-øysund	Sum
Døgnopphold 2014	44	28	28	0	100
Døgnopphold 2030	45	28	28	0	100
Lgdgn 2014	46	27	27	0	100
Lgdgn normalseng 2030	45	27	27	0	100
Lgdgn observseng 2030	41	30	30	0	100
Lgdgn pashotell 2030	55	22	22	0	100
Dagopphold 2014	35	33	33	0	100
Dagopphold 2030	35	32	32	0	100
Polikliniske kons 2014	30	30	30	9	100
Polikliniske kons 2030	30	30	30	10	100
Døgnopph i kir DRG 2014	67	16	16	0	100
Døgnopph i kir DRG 2030	71	15	15	0	100
Dagopph i kir DRG 2014	36	32	32	0	100
Dagopph i kir DRG 2030	37	32	32	0	100

- For poliklinikk og dagbehandling blir andelene omtrent like store ved de tre sykehusene (få kons fra poliklinikk kun til stort akuttsh samt DMS trekkes fra likt gjør at polikl blir like stort ved alle sykehus)
- Dagkirurgi-andelen ved det store akuttsykehuset blir nesten på nivå med de to akuttsykehusene
- Døgnkirurgien får en høyere andel ved det store akuttsykehuset med 71 prosent av døgnkirurgien i 2030. Dette skyldes at all ø-hjelp i kirurgisk DRG går til det store sykehuset og at ø-hjelp i kir DRG er døgnopphold primært

Alternativ 2b-2 – Enkel kapasitetsberegning

Aktivitet	Stort akutt-sykehus	Akutt-sykehus 1	Akutt-sykehus 2	DMS Brønn-øysund	Sum (avr. etter sum)
Senger 2014 (85%)	63	37	37	0	137
Normalseng 2030 (85%)	57	34	34	0	125
Observ.seng 2030 (75%)	3	3	3	0	8
Seng i pashotell 2030 (75%)	8	4	4	0	14
Poliklin rom/plasser 2014	11	11	11	4	34
Poliklin rom/plasser 2030	14	14	14	5	44
Operasj.stuer døgnkir 2014	3	1	1	0	4
Operasj.stuer døgnkir 2030	3	1	1	0	4
Operasj.stuer dagkir 2014	1	1	1	0	3
Operasj.stuer dagkir 2030	2	2	2	0	4

Polikli kons beh tid (timer)	0,75
Åpent per dag (timer)	8
Ant dager i året	230
Operasjonstid dgnkir (timer)	2,5
Operasjonstid dagkir (timer)	1,5

- Hjemhentede gjestepasienter **ikke** inkludert
- Dialysen er ikke inkludert i kapasitetsberegningen
- Kjemoterapi inkludert, men har fått behandlingstid 45 minutter

Alternativ 2b-3 - Aktivitetsgrunnlag

- 2 akutt-sykehus
- 2 DMS hvorav DMS Sør-Helgeland er ett

Aktivitet	Akutt-sykehus 1	Akutt-sykehus 2	DMS Brønn-øysund	DMS 2	Ikke dekket aktivitet i HSH	Sum
Døgnopphold 2014	4 372	4 372	0	0	1 670	10 414
Døgnopphold 2030	4 653	4 653	0	0	1 879	11 186
Lgdgn 2014	17 193	17 193	0	0	7 830	42 216
Lgdgn normalseng 2030	15 798	15 798	0	0	6 904	38 499
Lgdgn observseng 2030	862	862	0	0	221	1 945
Lgdgn pashotell 2030	1 239	1 239	0	0	1 193	3 670
Dagopphold 2014	2 241	2 241	0	0	106	4 588
Dagopphold 2030	3 491	3 491	0	0	194	7 175
Polikliniske kons 2014	30 385	30 385	7 843	14 546	5	83 164
Polikliniske kons 2030	38 758	38 758	10 788	18 863	6	107 173
Døgnopph i kir DRG 2014	556	556	0	0	1 138	2 250
Døgnopph i kir DRG 2030	510	510	0	0	1 294	2 314
Dagopph i kir DRG 2014	1 195	1 195	0	0	106	2 496
Dagopph i kir DRG 2030	1 857	1 857	0	0	214	3 929

- Mer ut til DMS enn alt 2b-2
- Dårligere egendekning enn alt 2b-2 da mye aktivitet ikke lenger er i HSH
 - Fødsler
 - Kreft kir
 - Akuttkirurgi

Alternativ 2b-3 - Prosentandel

Aktivitet	Akutt-sykehus 1	Akutt-sykehus 2	DMS Brønn-øysund	DMS 2	Ikke dekket aktivitet i HSH	Sum
Døgnopphold 2014	42	42	0	0	16	100
Døgnopphold 2030	42	42	0	0	17	100
Lgdgn 2014	41	41	0	0	19	100
Lgdgn normalseng 2030	41	41	0	0	18	100
Lgdgn observseng 2030	44	44	0	0	11	100
Lgdgn pashotell 2030	34	34	0	0	33	100
Dagopphold 2014	49	49	0	0	2	100
Dagopphold 2030	49	49	0	0	3	100
Polikliniske kons 2014	37	37	9	17	0	100
Polikliniske kons 2030	36	36	10	18	0	100
Døgnopph i kir DRG 2014	25	25	0	0	51	100
Døgnopph i kir DRG 2030	22	22	0	0	56	100
Dagopph i kir DRG 2014	48	48	0	0	4	100
Dagopph i kir DRG 2030	47	47	0	0	5	100

- Over 55 prosent av døgnkirurgien vil være utenfor HSH i 2030
- Nær 20 prosent av døgnoppholdene vil være utenfor HSH i 2030 (fødsler største gruppen)
- De to akutt-sykehusene blir noe større enn i alt 2b-2

Alternativ 2b-3 – Enkel kapasitetsberegning

Aktivitet	Akutt-sykehus 1	Akutt-sykehus 2	DMS Brønn-øysund	DMS 2	Ikke dekket aktivitet i HSH	Sum (avr. etter sum)
Senger 2014	56	56	0	0	26	137
Normalseng 2030	51	51	0	0	23	125
Observ.seng 2030	4	4	0	0	1	8
Seng i pashotell 2030	5	5	0	0	5	14
Poliklin rom/plasser 2014	13	13	4	6	1	34
Poliklin rom/plasser 2030	16	16	5	8	1	44
Operasj.stuer døgnskir 2014	1	1	0	0	2	4
Operasj.stuer døgnskir 2030	1	1	0	0	2	4
Operasj.stuer dagkir 2014	1	1	0	0	1	3
Operasj.stuer dagkir 2030	2	2	0	0	1	4

Polikli kons beh tid (timer)	0,75
Åpent per dag (timer)	8
Ant dager i året	230
Operasjonstid døgnskir (timer)	2,5
Operasjonstid dagkir (timer)	1,5

- En relativt stor del av sengekapasiteten vil være utenfor HSH
- Det blir en større operasjonsstuekapasitet for døgnskirurgi utenfor enn på hvert av de to akuttsykehusene
- Hjemhentede gjestepasienter **ikke** inkludert
- Dialysen er ikke inkludert i kapasitetsberegningen
- Kjemoterapi inkludert, men har fått behandlingstid 45 minutter

Alternativ 3 – Aktivitetsgrunnlag og kapasitetsberegning

- Ett stort akuttsykehus
- Ingen DMS

Aktivitet	1 stort akuttsykehus
Døgnopphold 2014	10 414
Døgnopphold 2030	11 186
Lgdgn 2014	42 216
Lgdgn normalseng 2030	38 499
Lgdgn observseng 2030	1 945
Lgdgn pashotell 2030	3 670
Dagopphold 2014	4 588
Dagopphold 2030	7 175
Polikliniske kons 2014	83 164
Polikliniske kons 2030	107 173
Døgnopph i kir DRG 2014	2 250
Døgnopph i kir DRG 2030	2 314
Dagopph i kir DRG 2014	2 496
Dagopph i kir DRG 2030	3 929

Aktivitet	Sum (avr. Oppover)
Senger 2014	137
Normalseng 2030	125
Observ.seng 2030	8
Seng i pashotell 2030	14
Poliklin rom/plasser 2014	34
Poliklin rom/plasser 2030	44
Operasj.stuer døgkir 2014	4
Operasj.stuer døgkir 2030	4
Operasj.stuer dagkir 2014	3
Operasj.stuer dagkir 2030	4

Befolkningsgrunnlag HSH bostedsområde

Bostedsområde	Kommune	Innb2014	Innb2030
1	1812 Sømna	2 063	2 109
1	1813 Brønnøy	7 934	8 859
1	1815 Vega	1 225	1 235
1	1816 Vevelstad	510	525
1	1818 Herøy (Nordl.)	1 737	1 829
1	1820 Alstahaug	7 454	7 832
1	1822 Leirfjord	2 188	2 395
1	1827 Dønna	1 407	1 274
1	1834 Lurøy	1 917	1 842
1	1835 Træna	486	574
Sum	Sandnesj bostomr	26 921	28 474
2	1824 Vefsn	13 352	13 482
2	1825 Grane	1 458	1 391
2	1826 Hattfjelldal	1 533	1 365
Sum	Mosjøen bostedsomr	16 343	16 238
3	1828 Nesna	1 871	2 007
3	1832 Hemnes	4 528	4 310
3	1833 Rana	26 078	27 009
3	1836 Rødøy	1 269	1 229
Sum	Mo i Rana bostedsomr	33 746	34 555
Sum	HSH bostedsområder	77 010	79 267
Sum	Sør-Helgel DMS	11 732	12 728
Sum	Sandnessj ekskl Sør-Helgl DMS	15 189	15 746