



Helgelandssykehuset 2025 – statusrapport og bærekraftanalyse

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Formannskapet	102/18	06.11.2018
Kommunestyret	108/18	15.11.2018

Rådmannens innstilling

1. Kommunestyret i Rana viser til at alternativet om ett nytt felles sykehus på Helgeland, vil bli krevende i et økonomisk bærekraftperspektiv. Et mulig kostnadseffektivt alternativ i denne sammenhengen er gjenbruk av dagens bygningsmasse.
2. Dersom Helgelandssykehuset konkluderer med ett sykehus og gjenbruk av dagens bygningsmasse, kan Rana kommune stille til disposisjon tilstrekkelig areal på Selfors. Dette omfatter det gamle sykehjemmet og ytterligere tomteareal mot det nye sykehjemmet.
3. Kommunestyret i Rana ber administrasjonen forhandle frem en avtale dersom helseforetaket ønsker å ta i bruk disse mulighetene i tilknytning til dagens sykehus.

1. Bakgrunn

Kommunestyret behandlet sist prosjektet «*Helgelandssykehuset 2025*» i kommunestyresak 90/18 «*Utredningsalternativ og utredningsplikt*» (04.09.18). Problemstillingene som ble presentert for helseforetaket, er ikke besvart. Sammendrag av saken følger vedlagt (se vedlegg 1).

I denne saken gis en kort statusrapport siden forrige behandling i kommunestyret. Videre synliggjøres konkrete innspill til «*Helgelandssykehuset 2025*» på hvordan de økonomiske bærekraftutfordringene i prosjektet kan løses mest mulig kostnadseffektivt.

Beslutning er på nytt utsatt – fra 2019 til 2020. Ressursgruppa vil uansett komme med de første anbefalingene i desember. Høringsfristen vil være i løpet av februar. Endelig anbefaling fra ressursgruppa vil foreligge i mars 2019.

2. Statusrapport

2.1. Sykehusmodell

Lederen av ressursgruppa, Helge Torgersen, til Rana Blad etter dialogkonferansen (25.09.18): «*En modell med to sykehus, ett stort akutt sykehus og et akutt sykehus vil gi to akuttmottak, men bare ett sykehus med akuttkirurgi*». Sykehuset med akuttkirurgi vil også ha fødeavdeling.

Dette er også i tråd med sykehusmodellene i den nasjonale helse- og sykehusplanen med stort akutt sykehus og akutt sykehus (se vedlegg 2). For Helgeland betyr det en balansert og todelt sykehusløsning mellom Mo i Rana og Sandnessjøen samt luftambulanseløsning i Brønnøysund.

2.2. Rekrutteringsevne

Rekrutteringsevne er den mest kritiske suksessfaktoren for et sykehus. Vista Analyse har på oppdrag fra RU utarbeidet en uavhengig vurdering i 2018 av hvilken by som har det største rekrutteringspotensialet. Alle vurderte kriterier konkluderer med Mo i Rana (se vedlegg 3).

Sykehusbygg/WSP/COWI har langt på veg konkludert med det samme i 2017 ut fra et annet perspektiv: «*En arbeidsplass 45 minutter unna vil i utgangspunktet være langt mindre attraktiv enn en 20 minutter unna*». Over 20.000 innbyggere bor innen 20 min. kjøretid fra sykehuset i Mo i Rana.

2.3. Ambulansetjeneste

Påstandene i partsinnlegget fra prehospitaltjenester er forelagt både Luftambulansetjenesten HF og Norsk Luftambulans AS. De avviser de mest sentrale påstandene om regularitet, værforhold, innflygingsprosedyrer, helikoptertype osv (se vedlegg 4).

Sykehusansatte i Rana har også påvist flere feil og mangler i den nye ambulans planen for Helgelandssykehuset. Dette berører primært kommunene Nesna, Lurøy og Rødøy. Helseministeren har som kjent bedt om nye risiko- og sårbarhetsanalyser.

2.4. Alstahaugrapport

Alstahaug kommune har fått utarbeidet en rapport fra Oslo Economics. Her gjentas på nytt påstandene fra prehospitaltjenester. Konsulentselskapet har ikke sjekket andre kilder.

Oslo Economics mener at Sandnessjøen er best egnet for utbygging av eksisterende sykehus. De kan umulig ha viet tomteforhold i de tre regionsentrene særlig oppmerksomhet eller lest Helgelandssykehusets egen utviklingsplan fra 2014 (Multiconsult-analyse):

«Ved alle lokasjonene, spesielt Mosjøen og Sandnessjøen, er det begrensede muligheter for å bygge til eller på den eksisterende bygningsmassen».

Denne saken har som hovedformål å dokumentere at den mest kostnadseffektive løsningen for framtidens sykehus på Helgeland, er å ta utgangspunkt i sykehusanlegget på Selfors.

3. Bærekraftanalyse

3.1. Kostnadsberegning

Et nytt stort akuttsykehus for Helgeland er i følge Helgelandssykehusets utviklingsplan fra 2014, kostnadsberegnet til 3,5 mrd. kr. (71.000 kroner per m² * 49.000 m²). Dette utgjør den somatiske delen (eksklusiv offentlig infrastruktur som veg, vann og avløp, skoler, barnehager, boliger osv.)

Finansieringen er et egenkapitalkrav på 20 % (700 mill. kr.) hvorav de øvrige 80 % lånefinansieres (rente 2,5 %). Denne investeringen vil påføre helseforetaket økte årlige driftskostnader på 80-100 mill. kr. i form av lån, avdrag og renter (eksklusiv økte avskrivningskostnader og transportkostnader samt framtidige vedlikeholdskostnader).

Helgelandssykehuset har 400 mill. kr. i egenkapital. Salg av sykehusbygninger er beregnet til 206 mill. kr. i utviklingsplanen hvorav bygninger i Rana er stipulert til 68,5 mill. kr. Det betyr at helseforetaket i tillegg må ha et årlig driftsoverskudd på 25-30 mill. kr. de neste årene

3.2. Kostnadssprekk

Kostnadsberegningene over er ufullstendige og urealistiske av følgende grunner:

- Det finnes ennå ikke oppdaterte kostnadsberegninger som også inkluderer arealbehovet til psykiatri og rus.
- Kostnadsberegningene er heller ikke oppdaterte for prisstigningen i byggekostnader i perioden fra 2014 og fram til i dag.
- Kostnadsberegningene er videre ikke oppdatert for at lånerenta er økt fra 2,5 % til 3,5 % i år.
- Samtidig er salgsinntektene av sykehusbygninger kraftig overvurdert i de byene som mister sykehuset, der en vil møte manglende betalingsvillighet pga. sviktende markedsutsikter.

I år har media rapportert om kraftige kostnadssprekk både ved det nye sykehuset i Molde og utbyggingen av det eksisterende sykehuset i Bodø.

3.3. Kostnadsløsning

Deloitte gjennomfører nå en økonomisk bærekraftanalyse i tråd med veilederen for sykehusbyggprosjekter og på oppdrag fra Helgelandssykehuset. Den vil ventelig foreligge i desember sammen med ressursgruppas øvrige anbefalinger (se vedlegg 5).

En mer kostnadseffektiv og håndterbar løsning er sannsynligvis å ta utgangspunkt i tilgjengelig bygningsmasse, tomteareal og infrastruktur. Utviklingsplanen hadde en analyse av mulighetene for denne type tilpasninger:

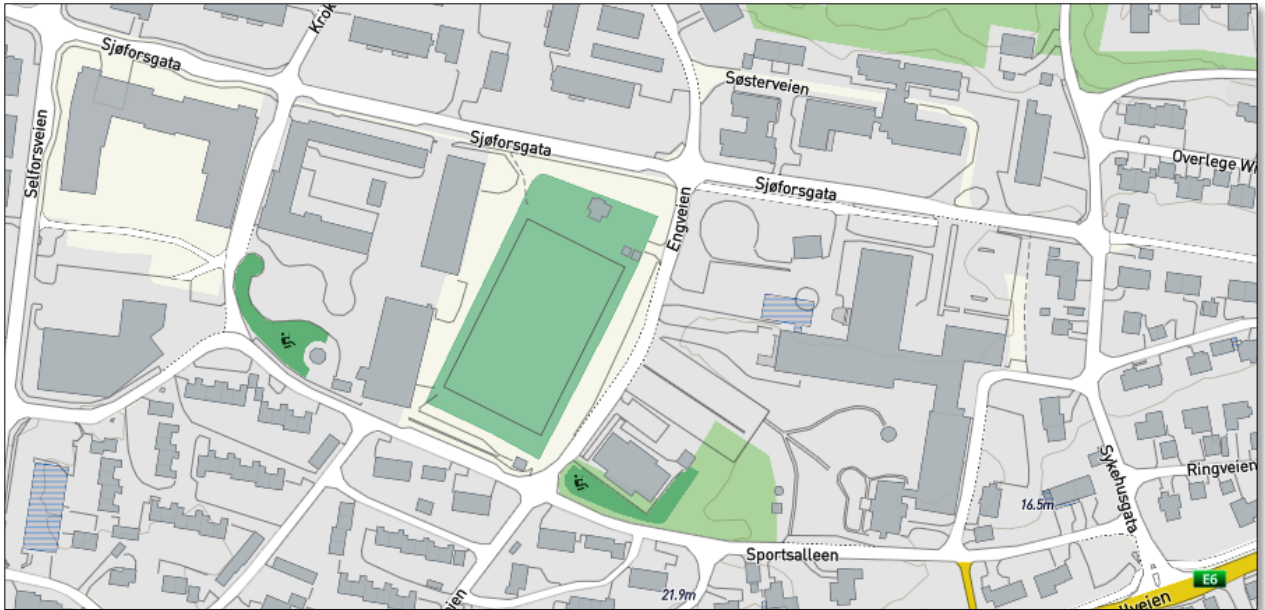
- Fleksibilitet (mulighet til å endre planløsning).
- Generalitet (mulighet til å endre bruk til annen funksjon).
- Elastisitet (mulighet til utvidelse).

Det er ingen tvil om at dagens sykehusareal i Mo i Rana er best egnet av de tre sykehusene til å oppfylle disse tre kriteriene.

4. Konklusjon

Rana kommune kan forsterke mulighetene for en mer kostnadseffektiv og håndterbar løsning for framtidens sykehus på Helgeland.

Kommunen kan stille til disposisjon det gamle sykehjemmet (vegg i vegg med sykehuset). Videre tilgang til tomteareal i retning av det nye sykehjemmet (fotballbanen gis en alternativ plassering og ungdomsskolen rives i 2019).



Bilde fra kommunekart.com: Fra venstre det nye sykehjemmet, ungdomskolen, fotballbanen og sykehusområdet med somatisk del i midten, psykiatri, rus og hybelbygg over vegen samt det gamle sykehjemmet i nedre del.

Samtidig må det tas hensyn til fortsatt drift av barneskole og barnehage i området, herunder tilstrekkelig uteareal, lysforhold og trafiksikkerhet, slik at de ulike funksjonene kan tilpasses hverandre.

Sykehusanlegget på Selfors (se vedlegg 6) er endepunkt for det nye kollektivnettet i Rana, har et relativt godt utbygd gang- og sykkelvegnett fram til sykehuset og grønn energi i form av industriell fjernvarme er allerede tatt i bruk av sykehuset.

Det burde derfor være mulig å samle alle sykehusfunksjonene på Helgeland på Selfors dersom det er faglig ønskelig og nødvendig av kostnadshensyn. Rana kommune bistår også som reguleringsmyndighet og veimyndighet med å finne optimale logistikk-/infrastrukturløsninger.



Bilde fra utviklingsplanen: I forkant den gamle delen av det somatiske sykehuset som ble modernisert på slutten av 90-tallet, påbygd i 2008 med tannklinikk og kontorfløy samt illustrasjon av nybygg i bakkant.

Næringsarealet nedenfor sykehuset på Selfors og langs E6/Ranelva er også et mulig utviklingsområde for sykehuset for tilknyttede formål (parkering, pasienthotell, hybler osv.)

Det mest aktuelle sentrumsnære alternativet i Mo i Rana for et helt nytt sykehusanlegg er fortsatt Svortdalen langs E6.

Mo i Rana, 18.10.18

Jan Erik Furunes
Kommunaldirektør tekniske tjenester



KST-sak 90/18: Helgelandssykehuset 2025 – utredningsalternativ og utredningsplikt

Kommunestyrevedtaket med en begrunnelse i kortform

1. Kommunestyret i Rana vil på nytt understreke at en løsning med en balansert sykehus- og beredskapsstruktur på Helgeland er ønskelig: Et stort akutt-sykehus i nord (Mo i Rana), et akutt-sykehus ved kysten (Sandnessjøen), et DMS i midten (Mosjøen) og luftambulansetjeneste og DMS i sør (Brønnøysund).

En todelt sykehusløsning på Helgeland

Det er lite kjent, men Helgeland har allerede i dag 4. lengste reiseavstand til sykehus selv med en desentral struktur. Reiseavstanden vil øke betydelig med et fellessykehus. En todelt sykehusløsning er opplagt fornuftig av fire følgende grunner:

- Hensynet til pasienter (nærhet til sykehus for eldre og kronikere).
- Hensynet til totaløkonomi (avstand, transport, tid, miljø og kostnad).
- Hensynet til å unngå unødige milliardinvesteringer (økte lån, rente og avdrag samt avskrivning).
- Hensynet til spredning av statlige arbeidsplasser i regionen.

Det vil bli et økt sykehusbehov i 2030 på om lag 20 % pga. en økt eldre befolkning, dermed spesielt behov for et desentralisert og heldøgns indremedisinsk tilbud (de fleste kroniske og akutte pasientene i et lokalsykehus).

Et stort akutt-sykehus i Mo i Rana

Mo i Rana er allerede i dag tyngdepunktet for sykehusdrift (flest årsverk, best økonomistyring og størst pasientaktivitet) og kirurgi (eneste sykehus også med ortopedisk beredskap) på Helgeland:

- Den største byen (Vista Analyse).
- Det største fagmiljøet med gode muligheter for rekruttering (Vista Analyse).
- Det største arbeidsmarkedet med varierte muligheter for partner (Vista Analyse).
- Nærhet til Campus, forskningsmiljø og sykepleierutdanning (Vista Analyse).
- Minst risiko for tap av kompetanse i en interimsperiode (Vista Analyse).
- Et grønt sykehus med tilkobling av industriell fjernvarme.
- Kollektivtilbud og gang/sykkelveger fram til sykehuset.
- Et variert kultur- og friluftsliv med regionteater.
- Knutepunkt for E6, E12 og FV12, jernbane, stor havneaktivitet og snart ny stor flyplass.



2. Helse Nord og Helgelandssykehuset bes redegjøre nærmere for følgende tre forhold, herunder betydningen det har for både prosjektet og fremdriften:
- Hvordan nasjonal helse- og sykehusplan (stortingsvedtakene med romertallene II og IV samt en av flertallsinnstillingene) blir lagt til grunn?

Romertall II: *«Stortinget ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivarett».*

Romertall IV: *«Stortinget ber regjeringen komme tilbake med en egen sak om basestrukturen for luftambulansen».*

Flertallsinnstilling: *«Flertallet viser til at det påligger helseministeren og regjeringen et særskilt ansvar for aktivt å følge opp helseforetakene i den videre prosessen og påse at alle reelle alternativer drøftes og underlegges grundige analyser. Det er viktig at beslutningene kan begrunnes og at utfallet av diskusjonene ikke er avgjort på forhånd. I de lokale prosessene som skal gjennomføres er det særlig viktig at det legges vekt på reell reisevei for pasienter i alle deler av helseforetaket, de prehospitalte ressursene og konsekvensene for disse, topografi, fly- og helikoptervær, utvikling og rekruttering til sykehuset m.m».*

- Hvordan plan- og bygningslovens paragraf 4-2 (krav til særskilt vurdering og beskrivelse i form av konsekvensutredninger) blir etterlevd?

Plan og bygningslovens paragraf 4-2: *«For regionale planer og kommuneplaner med retningslinjer eller rammer for framtidig utbygging og for reguleringsplaner som kan få vesentlige virkninger for miljø og samfunn, skal planbeskrivelsen gi en særskilt vurdering og beskrivelse – konsekvensutredning – av planens virkninger for miljø og samfunn».*

- Hvordan veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter (krav til alternativvurderinger kostnader og at utviklingsplanen ikke er i tråd med ny veileder og nasjonal helse- og sykehusplan) blir tatt hensyn til?

Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter: *«Konsekvensutredning anbefales utført før lokaliseringsvalg er gjort slik at det er mulig å vurdere konsekvenser av flere alternative lokaliseringer opp mot hverandre og sikre best mulig beslutningsunderlag».*

Sykehusbyggrapport 2017: *«Helgelandssykehuset har utarbeidet en utviklingsplan. Denne følger ikke nasjonal helse- og sykehusplan og ny veileder.» ... «Etter at utviklingsplanen ble utarbeidet og besluttet, er alternativene endret. Arbeidet som nå inngår hører hjemme i en utviklingsplan».*

«Mo i Rana er i utkanten av Helgeland og det vil øke gjestepasientlekkasjen»:

- En balansert sykehus- og beredskapsstruktur på Helgeland: Et stort akuttstusykehus i nord (Mo i Rana), et akuttstusykehus ved kysten (Sandnessjøen), et DMS i midten (Mosjøen) og luftambulans og DMS i sør (Brønnøysund).
- Teoretisk midtpunkt på Helgeland er Korgen basert på pasienttransport langs bakken (bil, buss, ferge og båt – kilde Sykehusbygg/COWI/WSP-rapport 2017).
- Midtpunktet kan i praksis flyttes i retning Mo i Rana ved et bedre flytilbud mellom Mo i Rana og Brønnøysund for elektive (planlagte) pasienter.
- Dette vil fange inn Sør-Helgeland i en mer effektiv og pasientvennlig logistikk enn bakketransport samt hindre pasientlekkasje.
- Akutte pasienter i sør har et godt tilbud gjennom lokaliseringen av luftambulansen i Brønnøysund (helikopter og fly).

**Nøkkeltall**

Pasientaktivitet	DRG-poeng 2017
Somatisk aktivitet	
Mo i Rana	6.924
Sandnessjøen	5.443
Mosjøen	2.988
Kirurgisk aktivitet	
Mo i Rana	4.398
Sandnessjøen	3.100
Mosjøen	1.144

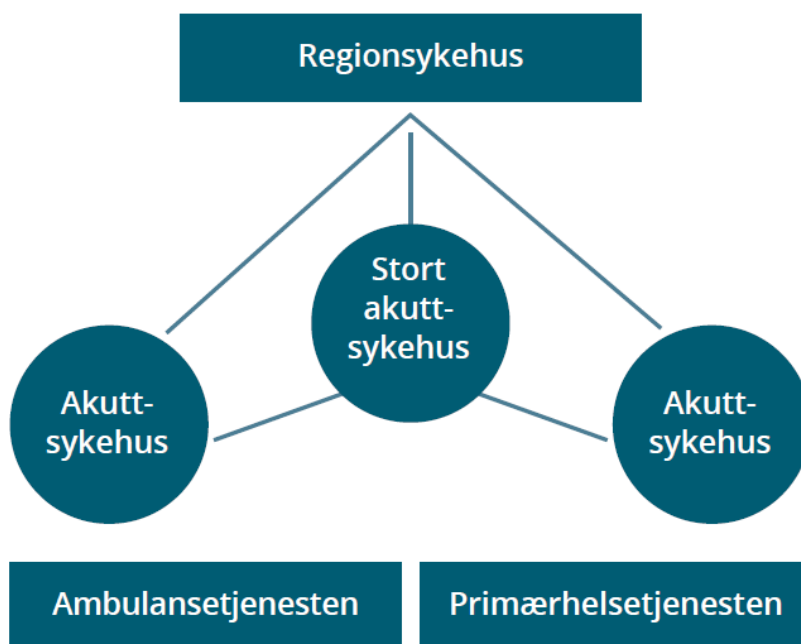
Sykehusforbruk	DRG-poeng 2016 per 1000 innbygger
Døgn- og dagopphold samt poliklinikk	
Mo i Rana	288
Sandnessjøen	306
Mosjøen	297

Kostnadsforbruk	Underskudd 2002-2017 (mill. kr.)
Mo i Rana	-15
Sandnessjøen	-164
Mosjøen	-102

Region	Budsjetterte årsverk 2017	Innbyggere	Sykehusårsverk per 1000 innbygger
Mo i Rana	579	36.032	16
Sandnessjøen	430	12.798	34
Mosjøen	322	16.354	20
Brønnøysund	46	13.209	3



Sykehus i team



- **Regionsykehuset** er hovedsykehuset i helseregionen: Universitets-sykehuset i Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland universitets-sjukehus og Oslo universitetssykehus
- **Stort akuttsykehus** har et befolkningsgrunnlag på minst 60–80 000 innbyggere og et bredt tilbud innen akuttkirurgi og andre medisinske spesialiteter
- **Akuttsykehus** 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
- **Sykehus uten akutfunksjoner** (elektive sykehus)

Sykehus i team, riktig pasient til riktig sykehus

Helse Førde består av et stort akuttsykehus og to akuttsykehus. Den mest erfarne legen sørger for at riktig pasient kommer til riktig sykehus og er med på behandlingen uansett hvor pasienten innlegges.

[Se hvordan](#)



Sammendrag og konklusjoner

Ut fra hensynet til rekruttering, oppbygging og vedlikehold av kompetanse bør en velge en løsning med ett, stort akutt sykehus for Helgelandsregionen framfor en løsning med et stort og et mindre akutt sykehus. For å øke sannsynligheten for at sykehuset blir en suksess bør en legge sykehuset til Mo i Rana framfor Mosjøen eller Sandnessjøen. Også hvis en to-sykehusløsning velges bør det store akutt sykehuset lokaliseres til Mo i Rana. Et akutt sykehus i en av de mindre byene i tillegg vil gjøre interimperioden lettere, men løsningen kan gjøre det mer krevende å rekruttere høykvalifisert arbeidskraft til akutt sykehus i regionen over tid.

Vista Analyse har på oppdrag for Rana Utviklingsselskap vurdert konsekvensene for rekruttering og utdanning av fagpersonell av å lokalisere et stort akutt sykehus på Helgeland til Mo i Rana, Mosjøen eller Sandnessjøen. Alle disse stedene har i dag sykehus. Videre har vi vurdert virkningene dersom man i tillegg har et akutt sykehus i en av byene hvor det store akutt sykehuset ikke lokaliseres.

Vår gjennomgang og vurdering av lokaliseringsspørsmålet viser at alle faktorene trekker i retning av Mo i Rana som det mest attraktive lokaliseringsstedet for et nytt, stort akutt sykehus, for å ivareta disse hensynene på en best mulig måte. Fordelene med Mo i Rana som lokaliseringssted sammenliknet med Mosjøen og Sandnessjøen er følgende:

- Sykehuset i Mo i Rana har i dag det største fagmiljøet blant sykehusene på Helgeland, noe som vil gjøre det lettere å bygge opp et nytt, stort sykehus der.
- Helsepersonell foretrekker å arbeide i urbane strøk. Ettersom Mo i Rana er en betydelig større by enn både Mosjøen og Sandnessjøen, vil det være langt lettere å rekruttere fagpersonell bl.a. fra utlandet ved en lokalisering i Mo i Rana.
- Et større og variert arbeidsmarked i Mo i Rana sammenliknet med de øvrige byene gjør det lettere å sysselsette partner/ektefelle.
- Nærhet til sykepleierutdanningen ved Campus Helgeland gir muligheter for samspill knyttet til bl.a. undervisning, rekruttering og kompetanseoppbygging.
- Det vil være minst risiko for tap av kompetanse i interimperioden fra beslutning om lokalisering er tatt og til det nye sykehuset er i full drift, noe som øker sannsynligheten for en smidig innfasingsperiode for et nytt sykehus.

Dersom man i tillegg til et stort akutt sykehus også velger å ha et akutt sykehus i en av de byene hvor det store akutt sykehuset ikke lokaliseres, bør det store akutt sykehuset av hensyn til rekrutteringen legges til Mo i Rana. Denne løsningen kan gjøre interimperioden lettere, men er imidlertid sannsynligvis dårligere på lang sikt. Løsningen gjør det vanskeligere å rekruttere kvalifisert personell til regionen fordi en må rekruttere personell til et mindre sykehus i en mindre by, og det store sykehuset blir mindre enn når en bare har ett, stort akutt sykehus i regionen.

Det bør legges avgjørende vekt på mulighetene for å rekruttere og holde på kvalifisert personell på kort og lang sikt. Helgeland er et utkantområde, og sykehusene her har allerede i dag utfordringer med å rekruttere og holde på visse typer fagpersonell. Uten kompetent personell vil akutt sykehuset/ene kunne måtte redusere tilbudet til pasientene, og dermed framstå som lite attraktivt. Det må unngås at en havner i en situasjon hvor en har fått moderne sykehus uten kvalifisert personell. Konkurransen om kompetent helsepersonell forventes å bli enda sterkere i framtida enn i dag, og all erfaring tyder på at sykehus i mindre byer vil tape i denne konkurransen. En bør derfor velge løsningen med ett, stort akutt sykehus. Dette bør lokaliseres til det byområdet som samlet sett framstår som mest attraktivt for rekruttering, og som dermed øker sannsynligheten for at sykehuset blir en suksess. Dette oppnås ved å lokalisere sykehuset i Mo i Rana.



Deloitte AS
v/ Ulrich Spreng
epost ulspreng@deloitte.no

Kopi: Helse Nord RHF

Saksbehandlere Pål Madsen og Roy Inge Jenssen
Tlf: +47 906 56 336

Vår ref: 2018/34

Deres ref: epost 31. juli 2018

Bodø, 06.08.2018

Vedrørende luftambulansetjenesten på Helgeland

Bakgrunn

Luftambulansetjenesten HF (LAT HF) eies av de fire regionale helseforetakene og har det overordnede ansvaret for all luftambulansetjeneste i Norge.

Se mer her: <http://luftambulanse.no/raske-fakta-om-luftambulansetjenesten>.

Deloitte AS deltar i utredningen for Helgelandssykehuset 2025 og har anmodet LAT HF om en vurdering av luftambulansetjenesten på Helgeland. LAT HF er særlig bedt om å kommentere visse avsnitt i rapporten Pasienttransport på Helgeland – akutte transporter og planlagte reiser (Enhet for Prehospitale tjenester, Helgelandssykehuset, 1. juni 2018).

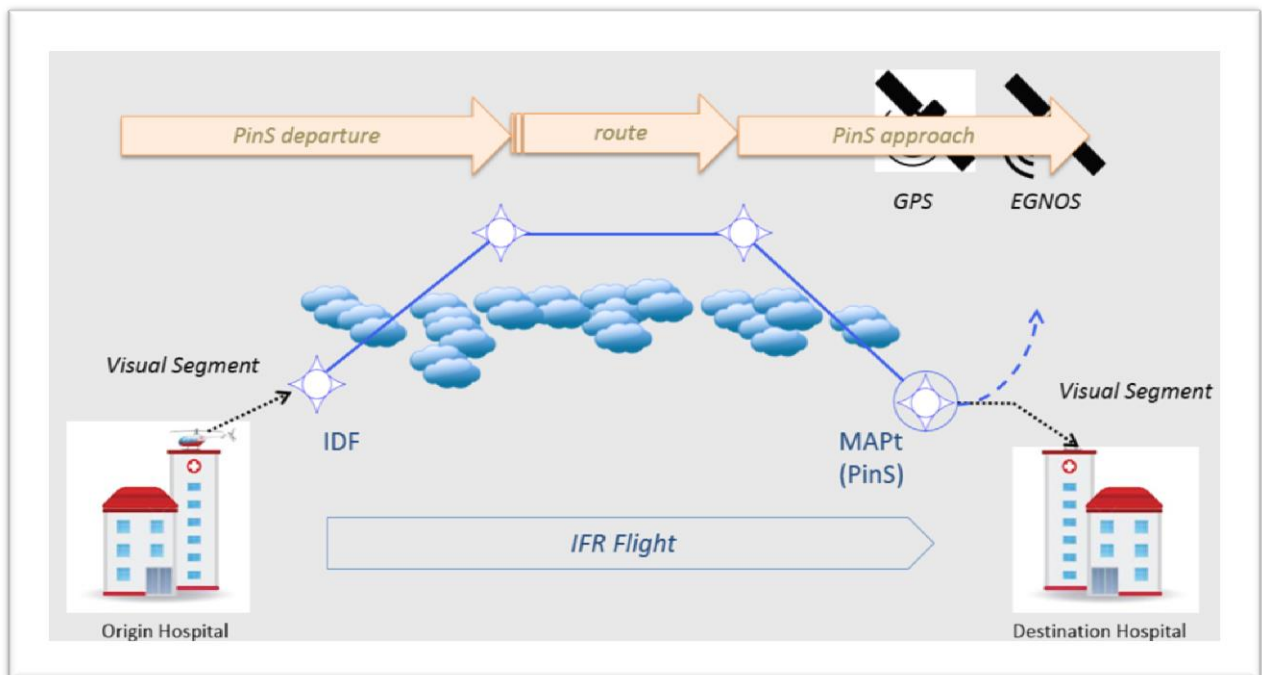
Drøfting

Luftambulanseoppdrag på Helgeland utføres primært av ambulanshelikopteret med base i Brønnøysund, Sea King redningshelikopter med base i Bodø (330 skv), samt ambulansfly med baser i Brønnøysund og Bodø. Brønnøysundhelikopteret har hatt en ganske stabil oppdragsmengde de siste ti årene med 350 – 400 gjennomførte oppdrag årlig. Redningshelikopteret i Bodø, som har den samme helsefaglige bemanningen som ambulanshelikoptrene, har søk og redning som sin primæroppgave. Likevel har det gjennomført totalt 200 – 250 ambulanseoppdrag årlig de siste årene. Begge disse helikopterressursene gjennomfører i hovedsak primæroppdrag med høy hastegrad. Noen oppdrag gjelder overføring mellom sykehus. Ambulansflyet i Brønnøysund gjennomfører mellom 800 og 1000 pasienttransporter pr år. De aller fleste oppdragene er overføring av pasienter mellom sykehus, enten fra lokalsykehus til et høyere omsorgsnivå, særlig UNN Tromsø, eller tilbakeføring den andre veien. Den største pasientgruppen for ambulansflyene er pasienter med iskemisk hjertesykdom. Styret i Helse Nord RHF vedtok høsten 2017 at et PCI-senter skal etableres ved Nordlandssykehuset Bodø med oppstart i 2019. Det fremkommer særlig av styresak 108-2017 «PCI i behandling av hjerteinfarkt i Helse Nord» at dette vil innebære en avlastning for ambulansflytjenesten. Dette vil særlig gjelde ambulansflyene i Brønnøysund og Bodø, som i mindre grad enn tidligere vil måtte fly pasienter helt til Tromsø.

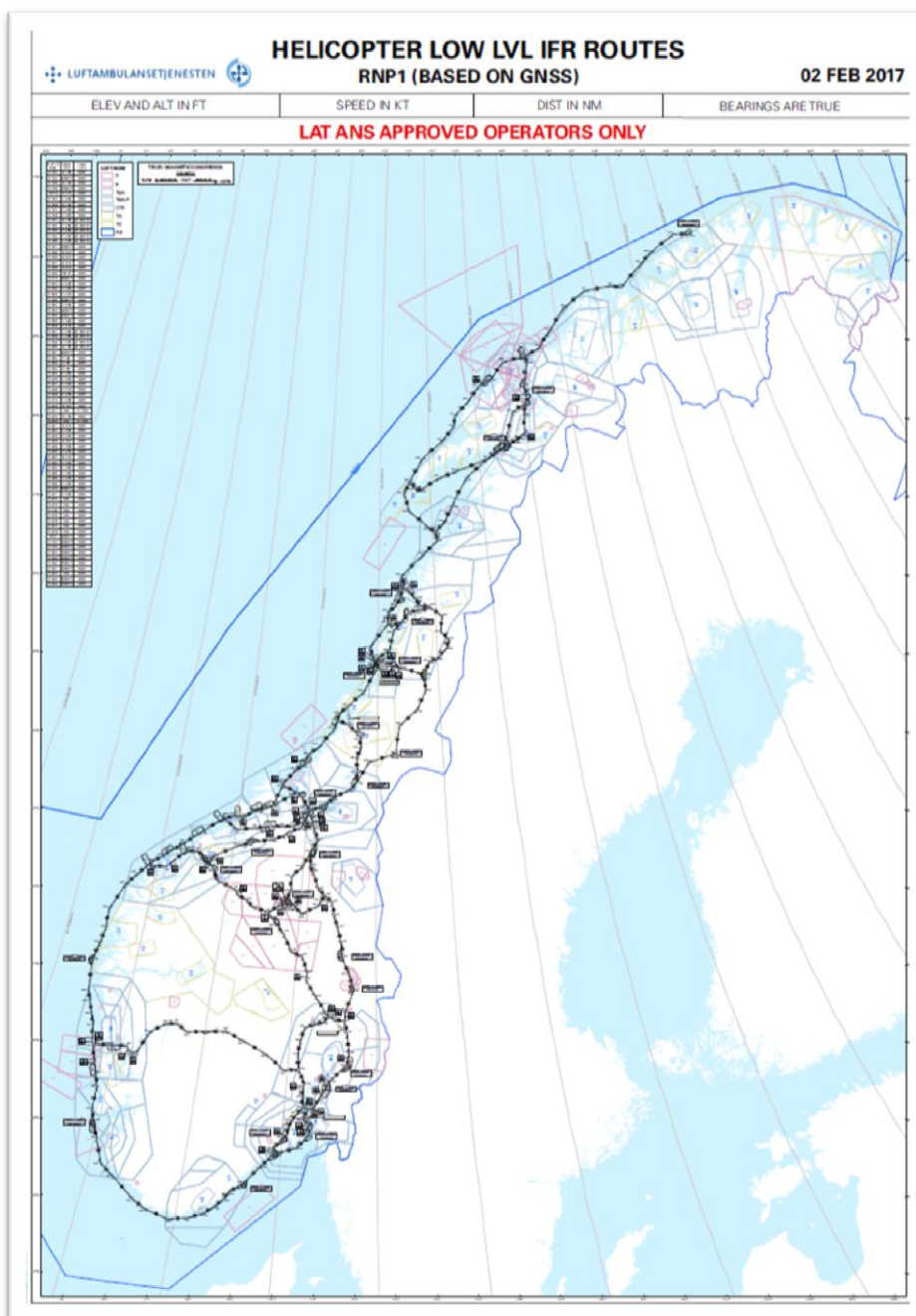
Ny landsdekkende ambulanshelikopterkontrakt var gjeldende fra 1. juni 2018 med Norsk Luftambulans AS (NLA AS) som eneste operatør. Kontrakten har en varighet på seks år med mulighet for prolongering i inntil ytterligere fire år. I henhold til denne kontrakten skal NLA AS

benytte helikoptertypen H145T2 ved Brønnøysundbasen. Dette er et meget godt og anerkjent helikopter som blant annet på Evenes har vist at det kan utføre oppdrag i det nordnorske klimaet. Helikopteret er noe mindre og har en noe lavere flyhastighet (reduisert 20-45 km/t) enn helikoptertypen AW139, som ble benyttet i Brønnøysund i den forrige kontraktperioden. Rekkevidden er også noe kortere, men alle relevante oppdrag mellom Bodø og Trondheim kan utføres med H145T2. Skiftet av helikoptertype er gjort etter en grundig faglig vurdering.

NLA AS er ledende i å fly instrumentflyging med helikopter, og er et foregangsselskap når det gjelder å etablere prosedyrer for å komme seg frem til sykehus i instrumentforhold. Det er etablert over 40 slike innflygingsprosedyrer (såkalt PinS) til forskjellige sykehus, blant annet i Mo i Rana, helikopterbaser og andre ofte brukte landingsplasser/møteplasser. I løpet av det siste året har LAT HF etablert et fast rutenett som formaliserer bruk og utnytter potensialet for instrumentflyging mellom sykehus og luftambulansebaser med helikopter. Kombinasjonen av disse to systemene er illustrert i figuren under og forventes å bedre regulariteten for ambulanshelikoptre ved vanskelige værforhold og i mørke, når det ikke er isingsforhold. Det er etter LAT HFs mening ingen grunn til å frykte redusert regularitet som følge av en annen helikoptertype i Brønnøysund. Vi forventer snarere bedre regularitet og dermed flere gjennomførte oppdrag som følge av nevnte instrumentprosedyrer.



Figur 1 Prinsippet for instrumentbasert flyging



Figur 2. Etablerte instrumentbaserte lavflygingsruter for helikopter pr. februar 2017

LAT HF er ikke kjent med hvorvidt luftambulansetjenesten i Brønnøysund har instruks om å fly pasienter fra kommunene Nesna og Rødøy primært til sykehuset i Mo i Rana. Når så ofte ikke skjer, ifølge nevnte rapport fra Prehospitale tjenester, kan det ha mange årsaker. Av medisinske årsaker kan det være ønskelig å fly pasienten raskest mulig til et adekvat behandlingsnivå. Man skal heller ikke utelukke at helikopterbesetningen iblant velger å fly til det sykehuset som ligger nærmest

flyruten til hjemmebase for å spare dutytid og dermed unngå utmelding som følge av arbeidstidsbestemmelsene. Dette er et relevant valg for å verne om beredskapen.

LAT HF har konsultert 330 skvadron i Bodø, der man har svært lang erfaring med flyging på Helgeland. Erfaringen er at dårlig vær i Ranafjorden oftest også innebærer dårlig vær i Vefsnfjorden. Ranafjorden er smalere (mer utfordrende), men Vefsnfjorden har ofte mer turbulens. Fra 330 skvadron sitt ståsted er det like utfordrende å fly til begge destinasjoner. Å fly på innland vinterstid (innenfor kysten, gjelder både til Mo og til Holandsvika) er uansett krevende i dårlig vær (dårlig sikt i snøbyger, ising, mørke, topografi). Verken rednings- eller ambulanshelikoptrene har i dag montert avisingsutstyr på rotorene. Det innebærer at de ikke kan fly i skyene når det er kulde. Nye redningshelikoptre, AW101, som innføres i Bodø ca. 2021, vil ha avisingsutstyr. I tillegg vil det fly raskere og ha bedre rekkevidde. Dette vil markant øke gjennomføringsevnen for oppdrag inn i landet på Helgeland. LAT HF forventer at slikt utstyr også kan bli tilgjengelig for aktuelle helikoptertyper i luftambulansetjenesten i framtiden. Dette vil i så fall bli vurdert i neste kontraktperiode. En slik kapasitet vil ytterligere bedre regulariteten, blant annet ved oppdrag til/fra Mo i Rana og Vefsn.

Som nevnt innledningsvis gjennomføres svært mange luftambulanseoppdrag på Helgeland med ambulansefly. Når det etableres PCI-senter ved sykehuset i Bodø, vil ambulanseflyene avlastes og få bedre tilgjengelighet. En eventuell ny storflyplass på Helgeland vil få langt bedre regularitet (lengde, plassering, innflygingshjelpemidler) enn dagens Røssvoll.

Konklusjon

Det forventes ikke redusert regularitet for ambulanshelikoptret i Brønnøysund som følge av ny helikoptertype. Etablering av instrumentbaserte fly- og innflygingsprosedyrer forventes å forbedre regulariteten.

Helikopterflyging på innlandet i dårlig vær er krevende. Avisingsutstyr på framtidens helikoptre vil bedre regulariteten. Allerede fra ca. 2021 vil regionen ha en slik ressurs i form av nytt redningshelikopter (AW101) ved 330 skvadron i Bodø.

Tilgjengeligheten på ambulansefly på Helgeland forventes å bli bedre som følge av PCI-beredskap i Bodø.

Med hilsen



Øyvind Juell
Administrerende direktør

Bærekraftanalyser i Helgelandssykehuset 2025:

Det skal gjennomføres en overordnet økonomisk bærekraftsanalyse for Helgelandssykehuset. I og med at det ikke er foretatt detaljerte investeringsanalyser for de ulike alternativene vil ikke dette være en økonomisk bærekraftsanalyse som kan knyttes direkte mot de ulike alternativene. Analysen vil imidlertid indikere den bæreevnen som ligger i foretaket, noe som igjen vil kunne si noe om hvilke overordnede investeringsrammer man må forholde seg til.

Formålet med de økonomiske bærekraftsanalysene vil i denne sammenheng være å:

- Dokumentere helseforetakets bæreevne gjennom bruk av egenkapital og evne til å håndtere låneopptak
- Foreta noen overordnede vurderinger av driftsøkonomiske forhold ved de ulike alternativene som kan påvirke økonomisk bæreevne

Et helseforetak vil ha økonomisk bæreevne over prosjektets levetid dersom helseforetaket klarer å innfri forpliktelser som følger av prosjektet (f.eks. avdrag og renter på lån) og samtidig opprettholder god drift og ivaretar fremtidige vedlikeholds-/reinvesteringsbehov. Slike analyser viser imidlertid kun økonomiske konsekvenser, og må vurderes opp mot faglige og kvalitetsmessige vurderinger av alternativene.

Arbeidet er startet opp og begynner med å kartlegge helseforetakets handlingsrom for store investeringer. Deretter vil analysene detaljeres så langt det er mulig med de opplysninger vi p.t. sitter inne med. Analysene ferdigstilles i slutten av september.

Analysene utarbeides av helseforetaket med støtte av Deloitte og i tråd med relevante veiledere og overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord.

Bærekraftanalyser for DMS i Brønnøysund:

Styret i Helgelandssykehuset har bedt om en isolert bæreevneanalyse på etablering av DMS i Brønnøysund. Denne analysen vil også bli utarbeidet av helseforetaket med støtte av Deloitte som en del-analyse av helseforetakets bærekraftsanalyse.

På prosjektnivå vurderes driftsgevinster opp mot verdien av investeringen.

Beslutningstakere kan velge å gjennomføre et prosjekt selv om prosjektet isolert sett ikke har økonomisk bæreevne eller positiv netto nåverdi. Helseforetaket kan ha økonomisk bæreevne selv om delprosjektet ikke har det.

Arbeidet er startet og er planlagt ferdigstilt parallelt med den samlede bærekraftsanalysen.

