

**Svein Eirik Forsmo
Jan-Kjetil Grøftrem**
For Facebook Gruppa

Ja til ETTsykehusmodellen midt på Helgeland
«NYTT SYKEHUS - NYTT HELGELAND»



Åpent Brev til:

Styre/Styreleder V/ Renate Larsen

Direktør Lars Vorland

Styre/Styreleder V/ Dag Hårstad

Direktør Hulda Gunnlaugsdóttir

Media

Forsmo 27.10.2019

Avsluttende merknader Helgelandssykehuset (HSYK) 2025

Vi har nå fått en «samfunnsanalyse», som er objektiv. Vi har også fått en oppgradert «alternativskillende analyse» fra ÅF Advansia.

En lang prosess nærmer seg nå en avgjørelse. Det har blitt presentert konsulentrapporter fra HSYK, hvor kvalitet og sporbarhet er veldig varierende. Det er meget beklagelig siden vi snakker om store utredninger som gjelder offentlige tjenester.

Begge disse analysene blir fremlagt for styret i HSYK på neste styremøte den 30 oktober.

Det er mange nye forhold i samfunnsanalysen som er viktig å få frem. Det er ikke gjort betydelige endringer som påvirker bærekraftanalysen direkte, likevel har vi fått klarlagt flere viktige momenter, dette kommer vi til å belyse på de følgende sidene.

For Facebook gruppa

Svein Eirik Forsmo

For Facebook gruppa

Jan-Kjetil Grøftrem

Facebook gruppa «Ja til Ett sykehusmodellen midt på Helgeland»

«NYTT SYKEHUS - NYTT HELGELAND»

Vedlegg: Avsluttende merknader Helgelandssykehuset (HSYK) 2025.

**Avsluttende merknader
Helgelandssykehuset (HSYK) 2025.
Vi har fått en Samfunnsanalyse, som er
objektiv. Vi har også fått en oppgradert
alternativskillende analyse fra ÅF Advansia.**



**Fra:
Svein Eirik Forsmo
Jan-Kjetil Grøftrem
For Facebook Gruppa
Ja til ETTsykehusmodellen midt på Helgeland**

«NYTT SYKEHUS - NYTT HELGELAND»

Oktober 2019

Siste avsluttende merknader.

Snart skal administrasjonen, styret, Helse Nord og Helse- og omsorgsdepartementet ved helseminister Bent Høie gjøre en beslutning for Helgelandssykehuset 2025. Vi har fått en rekke konsulentrapporter fra HSYK, hvor kvalitet og sporbarhet er veldig varierende. Det er meget beklagelig siden vi snakker om store utredninger som gjelder offentlige tjenester, og det vi sitter igjen med er kun en objektiv rapport fra 2019 og noen mer eller mindre subjektive rapporter.

Facebookgruppa «Ja til ETTsykehusmodellen midt på Helgeland» har skrevet mange innlegg gjennom snart ett år og vi har fått gjennomslag og forståelse for mange momenter vi har løftet frem. Gruppa sitter på mange fagressurser og våre vurderinger etterspørres etter hvert fra flere hold.

Hva er de største manglene i det som fremlegges for styret i HSYK og overfor Helse Nord?

Dette er etter vår mening:

- Renten som benyttes er betydelig høyere enn det som er gjeldende rente i markedet (<https://www.norges-bank.no/tema/pengepolitikk/Styringsrenten/>). Dette favoriserer oppussing på bekostning av nybygg. Avviket mellom kalkulasjonsrente og markedsrente utgjør opp mot 50 mill. pr. år på en investering på 3,5 MRD.
- Tomteverdien på nybygg er ikke skilt ut. Dette utgjør i andre prosjekt ca. 12 % av bygge kostnadene og utgjør ca. 420.mill i avskrivningskostnader, forutsatt at dette blir fullstendig nedskrevet i levetiden.
- Levetiden er satt til 27 år i kalkylen, til tross for at de eksisterende byggene til HSYK på Helgeland er mellom 40 og 50 år. Gjennomsnittlig levetid som benyttes i f.eks. Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) er opp mot 45 år. Avdragstid på lån er opp mot 35 år fra Helsedepartementet, noe som tilsier en lengre levetid, dette er ikke hensyntatt i kalkyle.
- For alternativ Mosjøen (MSJ) er det forutsatt nybygg av psykiatrisk avdeling, til tross for at denne ligger 300 m unna det somatiske sykehuset i dag. Dette utgjør over 400 Mill. i merkostnader for MSJ.
- For alternativ Mo I Rana (MIR) er overtagelse av sykehjem med i analysene, mens dette ikke er hensyntatt for alternativ MSJ? Dette momentet utgjør også over 400. mill. i kalkylene.
- Det er i bærekraftanalysen ennå ikke hensyntatt ulike transportkostnader mellom de ulike alternativene. MSJ har minimum 25 % lavere kostnader enn de andre alternativene (Ref. Samfunnsanalysen).

Denne lista er ikke uttømmende for det vi har belyst, men dette er de momentene vi mener utgjør «mest» i analysene. Dette er det styrene må vektlegge for å kunne ta en god avgjørelse vedrørende fremtidig sykehus struktur på Helgeland.

Vil dette si at alle analysene fra HSYK er bortkastet, og at styret etter vår mening kun har misvisende informasjon som grunnlag for beslutningen? Frem til august ville svaret vært helt klart Ja. Nå er det likevel flere lyspunkter å spore.

Vi har fått en samfunnsanalyse, som er objektiv. Vi har også fått en analyse fra ÅF Advansia, med revidering av bærekraft som har flere interessante momenter. Når man finleser ser man mye kritikk av original rapport, og det ÅF Advansia påpeker grenser til krav om «ompass» av original alternativskillende analyse. Dette til tross for at vi ikke har fått gjennomslag for alle deler av kritikken vi har kommet med. **Det er også opplysninger i Samfunnsanalysen som burde fått betydning for Bærekraftsanalysen.** Begge disse analysene blir fremlagt for styret i neste styremøte nå den 30 oktober

Nye momenter i Samfunnsanalysen:

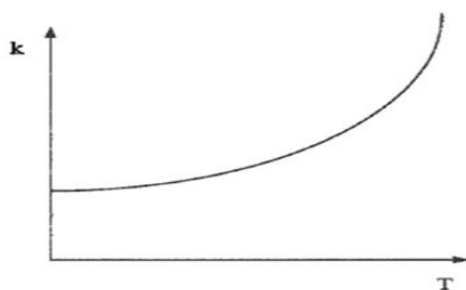
Det er mange nye forhold i samfunnsanalysen som vil være viktig å dra frem. Vi velger å fokusere på følgende tabell på side 112-113, siden denne er ekstremt viktig i forhold til alternativskillende vurderinger.

Tabell 6-2: Endring i årlig reisetid i timer for pasienter og pårørende i 2025.

	2a (1)	2a (2)	2a (3)	2b-1 (1)	2b-1 (2)
Sømna	3 878	239	-1 109	2 059	239
Brønnøy	16 418	658	-2 957	8 538	658
Vega	3 736	0	2 119	1 868	0
Vevelstad	1 475	0	839	738	0
Herøy	7 019	0	3 976	3 509	0
Alstahaug	29 441	0	16 834	14 721	0
Leirfjord	5 974	0	2 190	2 987	0
Vefsn	27 252	13 028	-13 009	20 131	13 019
Grane	3 248	1 631	-1 631	2 439	1 631
Hattfjelldal	1 371	1 739	-1 371	1 371	1 555
Dønna	5 260	0	2 970	2 630	0
Nesna	0	728	1 405	0	364
Hemnes	8	4 873	2 956	4	2 436
Rana	0	73 181	62 699	0	36 590
Lurøy	0	3 900	4 657	0	1 950
Træna	0	892	1 067	0	446
Rødøy	0	2 376	2 836	0	1 188
Sum	105 079	103 244	84 471	60 994	60 076

Denne tabellen dokumenterer det faktum som HSYK tidligere fant komplisert å kunne dokumentere. Av de tre Ettsykehusmodellene er MSJ betydelig bedre enn de andre to. MIR og Sandnessjøen (SSJ) har opp mot 24,4 % høyere reisetid enn MSJ. Dette er ikke omgjort i penger, men dette stemmer veldig godt med funnene som ligger i Masteroppgave fra 1997 og HSYK rapport fra prehospitaltjenester (2018) som vi flere ganger har påpekt. Denne følger under:

Hvordan vi antar at sammenhengen mellom en pasients tidskostnad pr tidsenhet (k) og reisetid (T) vil være ut fra drøftingen ovenfor, har vi illustrert i figur 5 nedenfor.



Figur 5: Konvekst økende tidskostnad pr tidsenhet

Ut fra drøftingen ovenfor antas en pasients tidskostnader å være gitt gjennom følgende matematiske uttrykk:

$$\text{Pasientens tidskostnad} = (k_d + k_d * T^\alpha) * T \quad \text{gitt } \alpha > 1$$

hvor; k_d : tidskostnad pr tidsenhet for ledsager

α : kalles alfa - impliserer antakelsen om økende konvekst tidskostnad pr tidsenhet

T : syketransportens lengde i tid

Man kan derfor si at det endelig foreligger en rapport fra HSYK 2025, som stemmer med tidligere funn. Om man nok en gang drar inn masteroppgaven fra Abelsen/Olsen mht. sammenheng mellom tid og kost, så er det åpenbart at dette utgjør mye, også i kroner. Prehospitale tjenester i HSYK har ett budsjett på godt over 300 mill. 25 % avvik i kostnader med «lineær tenkning» vil utgjøre mye, selv om AMK sentralen inngår i budsjettet.

Drar man inn at kostnaden er konveks økende pr. tidsenhet, kan det være grunn til å anta at kostnaden skiller mer i kr. mellom alternativene enn hva den «lineære tilnærmingen» legger til grunn. Denne er tallfestet i tidligere analyser og varierer fra ca. 50 mill. og oppover. Summene i seg selv er mindre viktig, men vi konstaterer at disse alene er stor nok til å favorisere Mosjøen og omegn på ett rent økonomisk grunnlag.

Analyse ÅF Advansia.

Som nevnt i innledning er det ikke gjort betydelige endringer som påvirker bærekraftanalysen direkte. Likevel har vi fått klarlagt flere viktige momenter. Vi har lenge vært sterkt kritisk til rehabiliteringskostnaden vs. nybyggskostnaden. I rapporten fikk vi bekreftet at man har sammenlignet «bananer og epler». I rapporten står det følgende:

Kostnadene fra multiMap, som det er tatt utgangspunkt i for beregning av investeringskostnad for teknisk oppgradering, er vist i tabell 4. Tallene er oppgitt med prisdato februar 2019.

Sykehus	Kvadratmeterkostnad
Mo i Rana	10 375 kr/m ² BTA
Mo i Rana – Selfors sykehjem	15 000 kr/m ² BTA
Sandnessjøen	20 890 kr/m ² BTA
Mosjøen	8 547 kr/m ² BTA

Tabell 4 Investeringskostnader for teknisk oppgradering
Tallene er inklusive felleskostnader og merverdiavgift.

Rådgivergruppen vurderer disse kostnadene å være innenfor normalen. Vurderingen er basert på at kostnadene gjenspeiler teknisk oppgradering beregnet ut ifra tilstandsgrader registrert i multiMap, og ingen standardheving, funksjonsendring, tilpasninger til universell utforming eller endring av planløsning. Det er Rådgivergruppens vurdering at det er uheldig at ordet renovering er benyttet i bæreevneanalysen, da dette for mange vil gi et feil bilde av hva som faktisk er priset. Dersom det er ønskelig å sette sykehusene i en slik stand at de tilsvarer dagens standard for et nytt sykehus, vil kostnadene være vesentlig høyere enn det som er oppgitt i multiMap, og dette vil gjelde for samtlige alternativer. En syntetisk kostnad for hva det kan koste for lett, middels og full ombygging er vist i tabellen på neste side.

Det er derfor åpenbart at man i bærekraftsanalysen, kun har lagt til grunn at man skal renovere byggene opp til «ny standard» på 60-70 tallet. Ikke til ny standard i 2025. Dette vil si at man sammenligner ett topp moderne nytt bygg med en standard som ikke er funksjonell eller fremtidsrettet. **Dette er i beste fall sterkt misvisende grunnlag, og uten denne presiseringen ville styret ikke hatt rett informasjon til å kunne foreta korrekte vurderinger.**

ÅF Advansia har videre kommet med ett anslag på hva det vil koste å foreta en rehabilitering opp mot den standarden ett nytt bygg vil ha. Dette følger av tabellen under:

		Let ombygging	Middels ombygging	Full ombygging
		Enkle tiltak, primært fiksk og oppussing. Grensegang mot vedlikehold.	Noen vesentlige bygningsmessige tiltak, f. eks. vegger, dører ol. Primært tilpassing, ikke standardheving av tekniske anlegg. Mindre andel utskifting av tekniske anlegg.	Total rehabilitering og utskifting, kun deler av råbygg beholdes. Eventuelt nye planløsninger og flytting av viktige funksjoner.
Konto		kr/m ² BTA	kr/m ² BTA	kr/m ² BTA
01. Felleskostnader	21 %	987	2 688	5 481
02. Bygning		3 000	6 500	14 000
03. VVS		1 000	2 800	6 000
04. Elkraft		400	1 800	3 500
05. Tele og automatisering		200	1 400	2 000
06. Andre inst		100	300	600
01 - 06 Huskostnad		5 687	15 488	31 581
07. Utendørs		200	500	1 500
01 - 07 Entreprenorkostnad		5 887	15 988	33 081
08. Generelle kostnader	28 %	1 648	4 477	9 263
01 - 08 Byggekostnad		7 535	20 465	42 344
09. Spesielle kostnader		500	2 000	8 000
10. Merverdiavgift	25 %	2 009	5 616	12 586
01 - 10 Basiskostnad		10 044	28 081	62 930
11. Forøntede tillegg	12 %	1 205	3 370	7 552
01 - 11 Prosjektkostnad/styringsramme P50		11 250	31 450	70 481
12. Usikkerhetsavsetning	0 %	-	-	-
01 - 12 Kostnadsramme		11 250	31 450	70 481
13. Prisregulering	0 %	-	-	-
01 - 13 Sum alle konti		11 250	31 450	70 481
	Min	5 625	20 443	56 385
	Sanns	11 250	31 450	70 481
	Maks	21 374	47 176	98 674

Tabell 5 Syntetisk kostnad for lav, middels og full ombygging

Denne tabellen viser at kostnaden med å renovere koster opp mot det samme som ett nytt bygg ville koste. I tillegg vil det være betydelig større usikkerhet i ett byggeprosjekt som forutsetter rivning enn ett nytt prosjekt på «jømfruelig» mark.

Likedan er det ett spørsmål om det i hele tatt er praktisk gjennomførbart å foreta en full renovering, samtidig som man har full drift på sykehuset. Om man får dette til vil dette i så fall medføre betydelig ekstrakostnader med flytting av avdelinger og pasienter etter hvert som arbeidet pågår. Vi har også tidligere påpekt usikkerhet og kostnader som helt sikkert kommer rundt asbest sanering i eksisterende bygg ved renovering. Vi mener at man med bakgrunn i dette kan si at en rehabilitering av gamle bygg ikke bør anbefales. Selve prosjektet blir påført betraktelig flere usikkerhetspunkter og dette vil ikke være forenelig med en forsvarlig drift i denne perioden.

Ved Nordlandssykehuset medfører rehabiliteringen at man har måtte kjøre med halv kapasitet i mer enn 2 år på avdelingene i høyblokka (styresak 105/17). Foruten de menneskelige sidene ved dette, så medfører det også store økonomiske tap.

Ett annet viktig moment som vi har påpekt er at man ikke har skilt på drift og vedlikeholdskostnader mellom rehabilitert gammelt bygg og nytt bygg i bærekraftsanalysen. Dette fikk vi også bekreftet i avsnitt 7 i AF analysen:

7.1. Vurdering av FDV-kostnader for Helgelandssykehuset

I bæreevneanalysen er det lagt til grunn en kostnad på 1 127 kr/m² i FDV-kostnader. Disse kostnadene inkluderer i denne beregningen forvaltning, drift og vedlikehold, forsyning og renhold, mens utskifting og utvikling, tøy, service, kjøkken/kantine og MTU er holdt utenfor. Disse kostnadene er beregnete etter faktiske tall fra 2018. I forhold til tilsvarende sykehusprosjekter vurderer Rådgivergruppen disse kostnadene å være innenfor normalen for den eksisterende bygningsmassen. For nybygg vurderes denne kostnaden som noe høy. For tilsvarende nybyggprosjekter varierer FDV-kostnaden normalt mellom 800 til 1 000 kr/m². Slik Rådgivergruppen forstår bæreevneanalysen er det benyttet samme kostnad for FDV for både nybygg og eksisterende bygg, og da blir gjennomsnittskostnaden høyere enn normalen. Konsekvensen av dette er at driftskostnadene for et nybygg på 30.000 m² blir ca. 10 millioner lavere enn det som fremkommer av bæreevneanalysen.

Vi konstaterer at innspillet fra Vefsn mht. levering av fjernvarme ikke er vurdert i analysen og denne faktoren vil favorisere MSJ ytterligere på bekostning av de to andre lokasjonene. Viser her til e-post fra Vefsn Kommune mht. tallfesting av dette.

Om man skal dra en konklusjon, så begynner analysene å bli bedre. Om HSYK styre velger å bruke tid til å lese analysene, så finner man nok informasjon til å skille alternativene godt fra hverandre.

Vi vet at Helse Nord har ønske om å skape ett fremtidsrettet tilbud på Helgeland. Da kan man ikke komme med forslag som medfører en «oppgradering av sykehusene» til en standard vi hadde på 60 og 70 tallet.

Dette blir useriøst og burde ikke vært med som alternativ etter vår mening.

Vi har tidligere foretatt en overordnet vurdering av bærekraft i forhold til andre prosjekter i Helse Nord (Kirkenes/Narvik). Vi konstaterer der at et låneopptak langt i overkant av 4 MRD er innenfor forsvarlig låneopptak. Dette forutsetter en viss sammenheng mellom investeringsmidler og befolkningens mengde. Om man likevel er usikker, så er vårt forslag at man deler opp byggingen av nytt bygg i to deler, eller bygger hele «skallet», og innreder senere, og at man da tar psykiatri i del 2. Ved en slik tilnærming fjerner man over 400 mill. fra investeringsbyrden.

I en verden hvor reduserte kostnader betyr bedre tilbud for pasienter på Helgeland er det åpenbart at Mosjøen og Omegn er å foretrekke.

Om man i tillegg ser på at man skal ha ett mest mulig rettferdig tilbud på Helgeland så blir svaret minst like sikkert. For pasientene som bor lengst unna (Brønnøy), så vil en Ett sykehus løsning i Mosjøen og omegn bety lavere reisebelastning enn hva en to løsning i Sandnessjøen og Mo I Rana medfører. Dette kan virke ulogisk, men det er slik geografien på Helgeland fungerer når man legger tallene fra samfunnsanalysen til grunn. Mange pasienter vil måtte reise forbi sykehusbygget i MSJ på sin tur til SSJ. For pasienter i MIR og SSJ vil reisetiden bli lengre, men likevel godt innenfor den gylne timen mht. transporttid.

For Facebook gruppa


Svein Eirik Forsmo

For Facebook gruppa


Jan-Kjetil Grøftrem

Facebook gruppa «Ja til Ett sykehusmodellen midt på Helgeland»

«NYTT SYKEHUS - NYTT HELGELAND